

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1912-1913 — N° 23

Les Etats Seconds dans l'Armée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CAMORS

Né à Pau (Basses-Pyrénées), le 17 Août 1887

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1912

Les Etats Seconds dans l'Armée

Les Etats Seconds dans l'Armée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1912

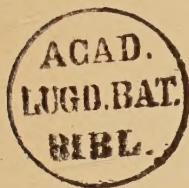
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CAMORS

Né à Pau (Basses-Pyrénées), le 17 Août 1887

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.).
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	X...
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne.	LESIEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire	COURMONT (P.).
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	PIC.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.),	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Etienne)	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY, ch...
PATEL.	LATARGET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, Président ; LACASSAGNE, Assesseur ;
MM. LANNOIS, Professeur et Et. MARTIN, Agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

ET

A MON PÈRE LE LIEUTENANT-COLONEL CAMORS

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA FEMME ET A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean LÉPINE

*Professeur de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Médecin de l'Asile de Bron.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVIGNY

Médecin-Major de 1^{re} classe, ancien Professeur agrégé au Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Le titre de ce modeste travail peut paraître légèrement prétentieux écrit par un étudiant finissant sa scolarité.

Aussi bien n'avons-nous pas voulu entreprendre une analyse psycho pathologique des altérations inconscientes de la personnalité. Cette question touchant de près celle de l'hystérie et liée dans la plupart des cas à la conception que l'on se fait de cette névrose, serait beaucoup trop écrasante pour nous, même si nous la réduisions à un simple travail de compilation, car l'on sait les controverses si nombreuses, si retentissantes et si documentées qu'a soulevées récemment encore la nature de l'hystérie entre les maîtres de la pathologie mentale.

Mais ayant eu la bonne fortune d'observer à l'hôpital d'instruction Desgenettes un cas très net d'état second, M. le médecin-major Chavigny nous signala l'importance des altérations de la personnalité dans l'armée : les troubles prodromiques étant très légers, parfois même absents, la symptomatologie est peu nette, l'irresponsabilité des malheureux malades est donc fort peu apparente, et les actes qu'ils commettent au cours de leurs périodes pathologiques ont leurs conséquences entières au point de

vue des sanctions disciplinaires. Il nous a dès lors paru intéressant de réunir dans une revue d'ensemble les observations de cas identiques épars dans la littérature médicale et de voir quelles conclusions se dégagent de la comparaison des diverses observations recueillies.

Dans un premier paragraphe nous résumerons les idées exposées par P. Janet, d'abord dans « l'Automatisme psychologique », plus tard dans « l'Etat mental des hystériques », dans « les Névroses » etc, sur le rôle des phénomènes subconscients et les dédoublements de la personnalité ; puis nous donnerons l'interprétation qu'il en propose à l'aide de sa conception du rétrécissement du champ de la conscience.

Nous verrons enfin s'il n'existe pas des états seconds rattachables à une étiologie autre que l'hystérie.

Dans un second paragraphe nous essayerons de fixer la fréquence des états seconds dans le milieu militaire, et de voir sous quel type clinique ils se présentent, quelle est leur symptomatologie, quelles sont leurs causes occasionnelles.

Quelle est la valeur au point de vue utilisation dans l'armée de sujets atteints d'altération de la personnalité, tel sera l'objet de notre troisième paragraphe. Enfin nous verrons, suivant la conclusion qui se dégagera de cette troisième partie de notre étude, quel est le rôle du médecin militaire à l'égard de pareils malades.

Durant notre stage à l'asile de Bron et dans son enseignement à la faculté M. le professeur Jean Lépine nous a montré l'importance des lésions organiques en pathologie mentale, il nous a appris à rechercher,

grâce aux données de la médecine générale, des points de discussion précis pour éclairer ces études au premier abord si arides et si hypothétiques. Il nous a enfin donné de précieuses indications cliniques pour mener à bien ce travail qui nous aurait rebuté sans son aide ; il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider cette thèse ; nous le prions de croire à notre très vive gratitude.

M. le médecin major Chavigny nous a indiqué le sujet que nous avons essayé de traiter ; il nous a très obligeamment fourni la plupart des observations qui servent à l'étayer, nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

Durant un an et demi nous avons suivi l'enseignement de M. le professeur agrégé Etienne Martin, il nous a toujours réservé le plus bienveillant accueil, nous l'en remercions sincèrement.

Parmi nos maîtres militaires il en est certains auxquels nous devons une plus particulière gratitude pour la part très grande qu'ils ont prise dans notre formation médicale ; s'ils ont remarqué nos efforts nous espérons qu'ils sauront se reconnaître sans que nous les nommions autrement.

Des Etats Seconds en général

DES ALTÉRATIONS DE LA PERSONNALITÉ DE NATURE HYSTÉRIQUE

Depuis fort longtemps est admise l'existence d'êtres étranges vivant une double existence, doués parfois de seconde vue et considérés suivant les époques soit comme des possédés, soit comme des prophètes, soit comme des malades.

L'imagination populaire et les romanciers se sont plus à broder autour de ce thème des histoires merveilleuses et un type assez complet en est fourni par la Félicia décrite par A. Dumas dans *Joseph Balsamo* ou *Les Mémoires d'un médecin*.

Mais c'est à 1816, semble-t-il, que remonte la première observation sérieuse dans la littérature médicale des phénomènes d'altération inconsciente de la personnalité ; de cette époque en effet date la publication du cas de la *Dame Américaine* reproduite par Mac Nish dans son ouvrage *Philosophy of sleep*. Weir Mitchell a continué cette observation sous le nom de Mary Reynolds, et c'est en 1889 qu'elle a paru toute entière. Elle porte sur une durée de plusieurs années puisque les troubles initiaux débutèrent

à l'âge de dix-huit ans ; ces troubles se reproduisirent à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de trente six ans ; c'est alors que l'état second devint prédominant et presque définitif puisqu'il régna, ensuite durant vingt-cinq ans, pour s'atténuer un peu vers la fin de la vie de Mary Reynolds et se fondre avec l'état normal.

En même temps que le premier cas bien observé c'est pour ainsi dire le cas type de dédoublement de la personnalité : cette enfant fort calme, très réservée et même triste, eut à dix-huit ans une syncope qui la laissa sourde et aveugle durant six semaines ; puis ces troubles du côté des organes des sens disparurent, et ne se reproduisirent pas au cours d'une deuxième syncope. Mais au réveil elle avait oublié tout ce qui s'était passé dans son existence antérieure ; et il fallut lui réapprendre à parler, à lire et à écrire. Durant les périodes de crise son caractère avait changé, elle était devenue enjouée, remuante, désobéissante. Au bout de deux mois, nouvelle crise de sommeil et réveil dans l'état qui avait été celui de ses dix-huit premières années. Il y avait ignorance absolue dans l'état de veille de ce qui s'était passé à l'état de sommeil et inversement. Le souvenir de l'état second ne réapparaissait que dans l'état second suivant, ou lorsqu'on provoquait un sommeil artificiel chez la malade et qu'on la mettait en somnambulisme. Nous nous bornerons à ces quelques détails de cette observation si souvent rapportée, ils font bien ressortir les caractères principaux du dédoublement de la personnalité.

Depuis les cas se sont multipliés, commençant par l'histoire de Férida qui a donné lieu à de nombreuses publications d'Azam, pour finir ces jours-ci sur une ob-

servation formant un véritable volume. C'est le roman de Miss Beauchamp écrit par le Dr Norton-Prince.

L'on pourrait schématiquement établir une échelle des états seconds suivant que la personnalité seconde du sujet est plus ou moins distincte de son état normal.

Et d'abord, dans deux états physiologiques absolument normaux : la distraction et le rêve, l'on trouve des exemples frustes d'états seconds. Dans le premier cas, une impression très forte, que nous avons volontairement rejetée dans la partie subconsciente de notre esprit, y reste en quelque sorte à l'état latent et dès que nous ne faisons plus effort intellectuel, lorsque le travail qui nous occupe n'exige qu'une légère attention, l'impression refoulée vient se faire jour en notre conscience, coexistant d'abord avec les idées du moment, puis empiétant même sur elles.

Dans le second cas, une impression faible reçue dans la journée ne peut, par suite de l'intensité d'autres impressions, se manifester en réactions extérieures. Ce n'est que durant le sommeil, lorsque notre personnalité semble s'être endormie, que toutes les idées subconscientes se réveillent et semblent se grouper en une vie seconde à peine ébauchée.

On a reproduit expérimentalement chez des sujets sains les phénomènes dits du pendule explorateur, de l'écriture automatique et de la lecture de la pensée ; tous sont basés sur l'existence de mouvements automatiques inconscients qui révèlent la nature physiologique et normale d'une personnalité seconde ne se manifestant pas plus vivement d'ailleurs et n'altérant jamais la personnalité prime, comme le fait se produit dans les cas pathologiques.

Le plus grand nombre de cas d'altération inconsciente de la personnalité a été groupé sous le nom général de somnambulisme. Quant à leur manière de se produire ils sont de deux ordres : spontanés ou provoqués ; mais quant à leur nature ils se rattachent tous à ce que l'on a appelé la « diathèse hystérique. »

Les types cliniques en sont très nombreux et il existe tous les intermédiaires entre les cas frustes et le somnambulisme complet. Ce dernier n'a pas de caractère diagnostique net d'avec l'état de veille normal ; c'est un état anormal distinct de l'existence habituelle du sujet et dont le malade n'a pas conscience et ne conserve pas le souvenir ; mais on ne peut avoir la notion de l'état normal que si l'on voit le malade dans les deux périodes différentes de sa vie ; c'est là le véritable type de l'état second, et la personnalité altérée est alors tellement analogue à une personnalité normale possédant toutes ses composantes psychologiques qu'on ne peut la dépister qu'en ayant vu le même sujet en état prime.

CLASSIFICATION. — Pour classer les somnambulismes, Pierre Janet, dans l'étude qu'il en a faite, se base sur le degré de conservation de deux caractères psychologiques : l'état de la mémoire quant aux souvenirs que le sujet possède dans ses crises somnambuliques successives, et le développement intellectuel quant à la perception des choses extérieures dans le rêve où se trouve plongé le malade.

1° Tout sujet en état de somnambulisme a oublié au réveil les faits qui se sont passés dans son état second ; mais dans un premier type que P. Janet appelle les somnambulismes réciproques, il y a souvenir réciproque

aux phases différentes du sommeil des évènements appartenant à chacune d'elles, et l'état second ne connaît jamais l'état premier. Entre les deux personnalités ne subsiste aucun lien. L'exemple en est Mary Reynolds décrite par Weir Mitchell.

Dans un deuxième type, dit réciproque et dominateur, le sujet a dans sa phase de sommeil le souvenir et de ses somnambulismes antérieurs et de son état de veille, attribuant d'ailleurs parfois le souvenir de son état de veille à une tierce personne qu'il n'identifie pas avec lui-même. A l'état normal, l'amnésie est toujours complète, c'est donc l'état second qui nous présente la personnalité la plus riche. Férida, la malade d'Azam, est un exemple de cette variété.

Enfin, dans les somnambulismes dits « en gradation », on observe une série d'états : *a b c.* : tels que *a* garde le souvenir de *b* et de *c.* ; *b* oublie *a* mais se rappelle *c.* ; enfin *c* ne connaît ni *a* ni *b*.

2° En se basant sur la somme des perceptions extérieures que le malade isolé dans son état second est encore susceptible de recevoir, Janet distingue cinq groupes d'états seconds.

L'hémi somnambulisme le plus souvent d'origine expérimentale consiste dans le groupement à l'écart de la personnalité consciente de certains phénomènes subconscients ; il y a ainsi par suite de mouvements involontaires, inconscients mais cependant intelligents, production d'actes complexes qui se passent à l'insu du sujet dans son état second qu'il ignore. On a réellement sous les yeux la coexistence des deux personnalités et non plus leur alternance. L'exemple le plus net en est fourni

par les expériences d'écriture automatique chez des médiums ; ces derniers engagés dans une conversation parlent très sensément, tandis que leur main écrit des choses intelligentes d'ailleurs, mais n'ayant aucun rapport avec la conversation primitive.

Dans le somnambulisme à forme léthargique le sujet paraît avoir perdu toute conscience, être endormi et cependant on a prouvé que certaines perceptions se produisent encore, puisqu'au réveil certaines suggestions commandées s'exécutent.

Dans le somnambulisme cataleptique, quelques idées se développent en très petit nombre dans le champ de la conscience encore très rétréci ; elles font prendre au sujet diverses attitudes, mais sans provoquer des actes un peu complexes.

Au contraire, dans le somnambulisme monoïdeïque l'activité de la personnalité seconde est plus marquée ; autour d'une idée le malade groupe tous les phénomènes extérieurs qui s'y rapportent, il ne choisit et ne comprend d'ailleurs que ceux qui cadrent avec son idée dominante.

Enfin dans le somnambulisme complet, l'intelligence présente son développement maximum et le malade vit absolument la personnalité seconde dans laquelle il est tout entier absorbé.

Nous signalerons pour mémoire la classification des altérations de la personnalité en somnambulisme, noctambulisme, vigambulisme, ces termes s'appliquent à des états différents en degré, en durée et suivant les périodes du nycthémère auxquelles ils se produisent. Mais il ne paraît pas y avoir de différence de nature, car plusieurs auteurs, Charcot, Janet, Saint-Aubin rapportent des cas

d'états seconds commençant durant la nuit et se transformant plus tard en vigambulisme pour aboutir au somnambulisme complet.

INTERPRÉTATION DES SOMNAMBULISMES. — Les anciens magnétiseurs, Despine, le général Noizet avaient noté, dès le début de leurs travaux, combien les cas de somnambulisme étaient fréquents chez les hystériques. Charcot et après lui Babinski, Laurent, Gilles de la Tourette ont recherché et décrit chez tous leurs somnambules plusieurs stigmates de la grande névrose.

Pierre Janet a signalé en y insistant la disparition simultanée et de la maladie hystérique et des crises d'état second tant spontanées que provoquées.

Parmi nos observations personnelles nous en avons une où le malade entre en somnambulisme par des symptômes qui appartiennent à l'attaque hystérique ; ce caractère des liens étroits qui existent entre l'attaque proprement dite et l'état second a été mis en lumière par Charcot d'abord, puis par P. Janet.

Ce dernier auteur ne s'en tient d'ailleurs pas à ces rapprochements ; il affirme très nettement que les deux ordres de fait ont en quelque sorte la même origine pathogénique ; le même phénomène psychopathologique, qui est caractéristique de ce qu'on peut appeler la diathèse hystérique, l'est aussi des états somnambuliques : c'est la tendance au dédoublement de la personnalité, la désagrégation mentale, enfin le rétrécissement du champ de la conscience.

Que veut-il désigner ainsi ?

Chez les sujets normaux, la distraction est d'observa-

tion courante : un fait nous préoccupe vivement, si l'on essaye alors d'attirer notre attention et de la garder on y arrive difficilement ; tandis que nous suivons la conversation que l'on veut nous imposer, dans le domaine du subconscient réapparaît l'ordre d'idée prédominant, nous sommes distraits de l'état présent où se meut notre interlocuteur par l'ébauche d'état second que forme notre préoccupation ; et cette distraction est facteur de l'attention très grande que nous sommes capables d'apporter à un sujet qui nous intéresse.

Chez l'hystérique, il n'en est plus de même ; l'attention ne peut se fixer longtemps et profondément, la conversation engagée le détourne très vite et facilement de sa préoccupation, l'en distrait, sans d'ailleurs le retenir longuement sur cette idée nouvelle. Ces malades ne peuvent souvent percevoir qu'un sentiment à la fois et pour ce faire sont dans la nécessité d'éliminer tous les autres, de les oublier. « Ils ont, dit P. Janet, un état exagéré de distraction qui n'est pas momentané et ne résulte pas d'une attention volontaire dirigée uniquement dans un sens ; c'est un état de distraction naturelle et perpétuelle qui empêche ces personnes d'apprécier aucune autre sensation en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit ».

Or si, d'après le même auteur, nous appelons « champ de conscience » le plus grand nombre de phénomènes psychologiques que nous percevons dans un même moment comme appartenant à notre personnalité, nous voyons que par suite de cette distraction perpétuelle les hystériques ne peuvent faire en eux que la synthèse de fort peu de faits psychologiques complexes ; c'est là leur

caractéristique et nous l'appellerons le « rétrécissement du champ de la conscience. »

Et c'est cette faiblesse dans la faculté de synthèse totale qui est cause de la production des états seconds ; dans la personnalité à conscience rétrécie de l'hystérique ne peuvent prendre place certains phénomènes psychologiques ; rejetés à l'arrière plan, ceux-ci forment des groupements distincts jouissant d'une certaine autonomie et créant une personnalité seconde distincte et inconnue de la première.

La désagrégation mentale, le morcellement d'une personnalité normale en plusieurs personnalités secondaires par suite du rétrécissement du champ de la conscience : telle est l'interprétation très séduisante que Pierre Janet donne des états seconds hystériques.

L'AUTOMATISME AMBULATOIRE

Nous avons jusqu'ici volontairement laissé de côté la question de l'automatisme ambulatoire.

Ce syndrome pathologique n'appartient pas, en effet, uniquement à l'hystérie ; il consiste en accès se produisant d'une façon intermittente et durant lesquels le malade est entraîné par une impulsion irrésistible et quitte son domicile.

On en distingue deux variétés, dont l'une est en rapport avec l'épilepsie et l'autre avec l'hystérie. Mais a-t-on là de véritables états seconds ?

La réponse semble négative en ce qui concerne l'accès ambulatoire épileptique; le comitial, quelques jours avant sa fugue, présente les mêmes troubles qui marquent le début de ses attaques, soit malaise général, soit céphalée intense, soit irritabilité, excitation ou prostration; puis brusquement, qu'il y ait ou non aura et attaque, il part droit devant lui, ne se laissant détourner par aucun obstacle, sans but logique fixe, au hasard, se livrant à des actes absurdes ou grossiers, parfois même cruels. Il n'y a dans cette description faite par de nombreux auteurs, nulle trace d'une personnalité seconde, nulle activité coordonnée vers un but déterminé. Ces accès non réfléchis se produisent brusquement et d'une façon irrésistible et la suggestion hypnotique est impuissante à les reproduire.

Cet automatisme ambulatoire inconscient, souvent amnésique, dans lequel le malade a l'air stupide, hébété, présente des troubles cérébraux évidents et c'est bien plutôt une crise confusionnelle avec hallucination qu'un état second. Pitres et Régis, Babinski, Raymond, J. Voisin, défendent tous cette théorie.

Mais il en est tout autrement pour l'accès ambulatoire chez les hystériques. Voici l'analyse qu'en donnent Joffroy et Dupouy.

D'abord une période prodromique qui prépare l'altération de la personnalité en puissance chez l'hystérique, avec un signe physique, la céphalée, et deux symptômes psychiques : un désir de voyage provoqué souvent par un récit, un nom de ville entendu, et un rêve qui est une tendance à l'objectivation de ce désir.

Au bout d'un certain temps, parfois après un rêve

unique, la synthèse partielle construite par le malade autour de son idée fixe de voyage est suffisante, la personnalité seconde est créée, la fugue commence. Le malade est d'allures correctes, agit intelligemment, poursuit le but qu'il s'est assigné dans son rêve. La durée de cette période d'accès est variable, mais peut être très longue et s'étendre sur plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Enfin le sujet sort de sa crise ambulatoire, tout étonné de se trouver souvent très loin du dernier endroit dont il a gardé le souvenir. Toute une période de sa vie lui échappe, car si parfois il se rappelle quelques scènes de sa fugue, ce n'est que d'une façon très floue, mais l'amnésie est le plus souvent complète.

Nous voyons donc bien ici que le malade a vécu une existence toute autre que celle qu'il mène habituellement. Il nous présente un véritable état second.

Quelle est l'interprétation de ces fugues ? Ces malades sont des hystériques, on trouve chez eux de nombreux stigmates de la névrose ; lorsqu'on les plonge en état de sommeil hypnotique il y a réviviscence du souvenir.

L'accès d'automatisme ambulatoire est une fugue somnambulique chez un hystérique. Par son début il se rapproche du somnambulisme monoïdérique de la classification de P. Janet ; mais ici les perceptions extérieures sont reçues plus nombreuses et plus facilement par le sujet qui oriente sa vie seconde autour de son idée fixe sans repousser systématiquement les impressions étrangères à son rêve. L'idée fixe n'est que la directrice générale de l'état second, elle n'absorbe pas le malade tout entier.

Les exemples sont nombreux de ces crises : le célèbre

fugueur D..., cité par Tissié dans sa thèse et que Duponchel puis Laurent ont à nouveau étudié dans le service du Professeur Pitres, en est un des types les plus parfaits. Les fugues considérables faites par ce malheureux qui est allé jusqu'en Russie tout en gagnant sa vie, quittant brusquement à la suite d'un rêve une ville où il a trouvé un travail rémunérateur, mais ne se faisant jamais arrêter que pour vagabondage sans autre caractère délictueux ou anormal, tous ces symptômes font classer par tous les auteurs les cas d'automatisme ambulatorio parmi les états seconds.

ÉTATS SECONDS D'ORIGINE TOXIQUE OU TRAUMATIQUE

La caractéristique de l'hystérie étant, nous l'avons vu, de présenter une tendance constante à la désagrégation mentale, au dédoublement de la personnalité, il était logique que la grande névrose nous présentât en très grand nombre des états seconds.

En existe-t-il d'autres ? On peut supposer que toutes les causes susceptibles de mettre nos centres supérieurs en état de mauvais fonctionnement, de dynamisme affaibli sans toutefois les altérer trop profondément au point de vue organique, provoqueront le phénomène de la désagrégation mentale. Que des synthèses psychologiques partielles soient cependant encore à même de se produire et nous aurons de véritables états seconds. Les délires

toxi-infectieux, délires oniriques de Régis vérifient cette hypothèse :

« Ayant étudié de près dans les hôpitaux le délire des sujets atteints d'une maladie infectieuse ou toxique, je crus pouvoir signaler que ce délire était comme dans l'alcoolisme un délire de rêve... J'ai établi en particulier et c'est là, je crois, le point dominant en l'espèce que le délire onirique est un véritable état somnambulique, un état second. Comme tout état second, il est formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente ; cessant par une sorte de réveil souvent brusque, il est suivi d'une amnésie plus ou moins marquée suivant le cas...; il est, enfin, toujours comme un état second susceptible d'être influencé par l'hypnose au moyen de laquelle on parvient parfois à faire disparaître l'amnésie ainsi que les idées fixes post-oniriques. »

A la vérité, si les délires oniriques infectieux ont le mécanisme et le type général des états seconds, ils ne sont qu'un épisode dans la maladie, qu'un simple délire d'une durée limitée et ne vont pas jusqu'à l'exécution des actes qu'accomplit une véritable personnalité. Nous ne nous en occuperons donc pas.

Mais dans les intoxications, il n'en est, en général, pas de même ; l'organisme du malade, si l'on en excepte les centres nerveux, jouit d'une intégrité qui, sans être complète, est suffisante néanmoins pour lui permettre non-seulement de parler son rêve comme dans les délires infectieux, mais encore de le mettre en action, de le vivre réellement, et la personnalité seconde n'est pas qu'ébauchée mais se manifeste par une série d'actes.

Parmi ces états seconds d'origine toxique nous citerons en premier lieu les plus importants de tous, ceux qui relèvent de l'intoxication alcoolique. P. Janet, Colin, les avaient déjà signalés ; Laurent, dans sa thèse, rapporte le cas de Myers : un nègre complètement ivre vole des instruments de chirurgie et les cache ; dégrisé il les cherche sans pouvoir les trouver, mais s'étant enivré à nouveau, les retrouve dans leur cachette primitive, dont il se souvient alors.

Francotte a rapporté un cas de somnambulisme alcoolique, sans délire ni trouble psychique, toute la symptomatologie d'un état second y est au complet : inconscience, amnésie, activité complexe coordonnée et paraissant normale.

Benon a publié une observation de fugue et abus de confiance en état second chez un alcoolique dans laquelle il dit n'avoir pu relever chez le malade aucune trace ni d'épilepsie ni d'hystérie ; les troubles vésaniques, qui ont fait arrêter le malade, n'ont commencé qu'à la fin de sa fugue, car s'il n'avait pas eu une apparence normale on ne l'aurait pas ainsi laissé errer quatorze jours sans l'interner ; enfin l'amnésie est complète ; quant à sa fugue elle l'est d'ailleurs aussi, chose assez rare, pour une période antérieure.

Divers auteurs, tels Joffroy et Dupouy font des réserves au sujet de l'étiologie purement toxique de ces états seconds dans l'éthylisme. Ce serait plutôt, pensent-ils, un somnambulisme hystérique venant se greffer sur l'intoxication, à l'occasion de laquelle il se produirait, c'est-à-dire un somnambulisme hystérique secondaire. Car, font-ils remarquer, comment dans un état de confusion mentale

comme en donnent tous les toxiques, pourrait-il se créer de la désagrégation psychologique, une synthèse suffisante pour donner un état second véritable ? Par le même mécanisme nous semble-t-il, que, chez des sujets très normaux certaines idées fixes tendent à s'individualiser, à former un groupe isolé dans notre subconscience ; l'intoxication alcoolique favorise tout simplement la suppression du contrôle et de la puissance de refoulement que notre personnalité prime et consciente a normalement la faculté d'exercer.

Très fréquents sont les cas où chez ces dégénérés, hystérie et alcoolisme se surajoutent, mais des observations comme celles que nous venons de citer nous semblent établir l'existence de véritables états seconds d'origine toxique éthylique, en faisant cependant cette réserve qu'ils se produisent chez des sujets prédisposés soit héréditairement soit par un passé personnel très chargé au point de vue nerveux.

Des intoxications autres que l'alcoolisme sont-elles susceptibles de nous présenter des états seconds ? Laurent cite les anesthésiques, éther et chloroforme, mais ces poisons ne semblent agir que comme causes occasionnelles, car les observations qu'il rapporte sont celles d'alcooliques ou hystériques anesthésiés.

Richet, étudiant aussi l'ivresse procurée par le hachisch et par l'opium, nous fait le tableau de véritables dédoublements de la personnalité ; nous ne rappelons ces cas que pour mémoire, car ces intoxications sont relativement peu répandues.

Il est enfin quelques cas, très rares à la vérité et que nous ne citons que pour mémoire, où un traumatisme a

pu provoquer chez des sujets sains une altération de personnalité absolument inconsciente. Dénommé, dans sa thèse, rapporte d'après Vibert deux observations d'état cérébral « très voisin du somnambulisme » où le traumatisé mène pendant quelques instants une vie absolument inconsciente mais non inintelligente.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces cas très curieux signalant tout simplement leur existence et leur rareté.

Les Etats Seconds dans l'Armée

FRÉQUENCE DES ÉTATS SECONDS DANS L'ARMÉE

Il nous est assez difficile de dire quelle est la fréquence des altérations inconscientes de la personnalité dans l'armée. Même en ne tenant compte que de ceux qui touchent à l'hystérie, les plus nombreux pour ne pas dire les seuls dans le milieu militaire comme nous le verrons plus loin, nous ne pouvons fixer un pourcentage fut-il très approximatif.

Car si dans la statistique médicale de l'armée française, publiée par les soins du bureau du service de santé au ministère de la guerre, il est, à l'article réforme, un paragraphe réservé à l'hystérie, il n'y a point de sous-titre et les états seconds n'y sont pas classés séparément.

D'autre part, pouvons-nous assimiler tous les hystériques réformés à des malades présentant des états seconds? Certes non, car, de ce que tous présentaient d'après les conceptions de P. Janet une tendance marquée au dédoublement de la personnalité on ne peut pas dire que tous aient réellement présenté ce dédoublement.

De plus beaucoup ont pu n'offrir que des cas frustes ou de peu de durée qui n'ont pas été signalés au médecin.

Enfin même parmi les sujets soignés certains ont pu n'être en état second que d'une façon passagère et rentrer guéris à leur corps sans que l'altération psychique fut suffisante pour nécessiter la réforme, comme le fait s'est produit pour le malade que nous citons plus loin dans l'observation d'Isidore Au...

La seule idée que nous puissions nous faire de la fréquence des états seconds nous la retirons du travail de M. le médecin-major Conor sur « l'Hystérie dans l'armée ». Parmi les 65 observations rapportées on ne compte que 2 cas d'altération de la personnalité, qui tous deux sont des crises d'automatisme ambulatoire.

Sur 50 observations de fugues, absences illégales que M. le médecin-major Haury analyse au Congrès de Nantes (1896), il y en a une seule de fugue hystérique inconsciente.

Y a-t-il progression croissante de ces cas ? Ici non plus nous n'avons même pas une approximation si éloignée soit-elle ; mais en admettant que la connaissance des altérations de la personnalité est plus complète depuis les travaux de Duponchel, qui fut un des premiers à les signaler en 1888, l'augmentation doit être réelle.

Nous nous basons pour l'affirmer sur le nombre assez notable de cas publiés ces dernières années, sur l'importance toujours plus grande d'une intoxication associée à l'hystérie et qui par elle même peut donner des états seconds à savoir l'alcoolisme, enfin sur la proportion croissante de l'hystérie dans l'armée. L'hystérie présenterait en effet actuellement sept fois plus de cas qu'en 1888, mais nous ne voulons pas dire pour cela qu'il y ait progression parallèle du nombre des états seconds.

TYPES CLINIQUES ET SYMPTOMATOLOGIE

LES SOMNAMBULISMES. — Dans l'exposé que nous avons fait des états seconds en général, le groupe le plus important, nous l'avons vu, est celui des états hystériques ou de somnambulisme. Nous les examinerons tout d'abord en parcourant nos observations.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major Chavigny).

Au. . Isidore, appelé, vingt-deux ans.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Deux sœurs très nerveuses.

Antécédents personnels: très nerveux, durant son enfance, sujet à de fréquentes colères, aurait suivi un traitement hydrothérapique.

D'après une enquête faite à X... où il accomplit son service, le malade n'a pas d'habitudes alcooliques. C'est un garçon robuste, vigoureux, d'un caractère plutôt gai et s'acquittant avec cœur de ses fonctions.

Depuis environ deux mois ce soldat présente, au début de la nuit surtout, des cauchemars avec visions diverses. Il se lève de son lit, parcourt la chambrée à la recherche d'un ennemi imaginaire, ouvre les fenêtres, saute parfois, ou sort par la porte et fait quelques pas dehors. Il se figure souvent manœuvrer une automobile et durant ses accès parle à haute voix et sur un ton furieux suivant son rêve.

Il a les yeux fermés et malgré cela sa démarche est assurée; si on le touche ou si on le frôle, il tombe par terre et se met à trembler et à pleurer.

Ces crises se répètent au moins trois fois la semaine et ont une durée variable. Le matin au réveil, Au... ne se rappelle plus l'objet

de son cauchemar, ni sa crise de noctambulisme, mais se plaint seulement de céphalée et de courbature.

Auparavant, depuis l'incorporation, il avait souvent des cauchemars bruyants pendant lesquels il parlait, mais sans phénomènes ambulatoires.

Il présente de l'anesthésie pharyngée et de l'abolition des réflexes rotuliens, plantaires, crémastérien et abdominal.

Il reste ainsi quatre jours en observation à l'hôpital du Val-de-Grâce où il est guéri par la suggestion à l'état de veille en l'espace de 48 heures. Ces accidents, dit l'observation, tout à fait imprévus dans l'existence du sujet, semblent ne pas devoir se reproduire ; serait à renvoyer de suite à l'hôpital au cas contraire ; éventualité qui ne s'est d'ailleurs pas représentée.

Cette observation est très instructive : ce sujet sans passé pathologique chargé, mais point tout à fait indemne cependant au point de vue prédisposition nerveuse, puisque dans l'enfance il a dû suivre un traitement hydrothérapique, présente, sans doute à la suite du dépaysement à son arrivée au régiment, des phénomènes subconscients légers ; les conditions de vie nouvelle ont sûrement influé car, dit l'observation, c'est depuis l'incorporation qu'il avait des cauchemars bruyants. Après une période d'incubation, de cristallisation en quelque sorte autour d'une idée fixe subconsciente qui paraît être ici une idée de fuite ou de défense, il objective son rêve et présente ses crises de déambulation nocturne en état second qui sont bien décrites.

L'hystérie paraît établie par l'anesthésie pharyngée.

Plus complexe dans sa symptomatologie et plus variée en détails est l'observation suivante :

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Médecin principal Simonin,
professeur au Val-de-Grâce).

Ch. . . , 23 ans, appelé, 22^e section d'infirmiers, service armé.

Antécédents héréditaires : Père bien portant, très coléreux. Mère morte à 45 ans, sujette à des crises nerveuses survenant à la moindre contrariété et ayant les caractères suivants : sensation de défaillance, syncope se terminant rapidement et laissant une céphalée intense.

Antécédents personnels : Rougeole, etc ; pas d'habitude d'intempérance ; très nerveux ; quand on le contrarie, violentes colères, devient tremblant, mais assez maître de lui pour ne pas frapper.

Paraît avoir une diminution des sentiments affectifs, ne s'est jamais intéressé à la mort de sa mère, ne se préoccupe point des siens ; cela ne l'intéresse pas, dit-il.

Bonne instruction primaire, mais ne sait plus que les quatre règles.

Entre à l'hôpital le 9 février 1910 pour crises de somnambulisme constatées par un adjudant de la section : ayant égaré une paire de souliers en est vivement préoccupé ; vers 10 heures, il se lève et va visiter son paquetage. Yeux mi-clos, mouvements lents et automatiques, évite l'adjudant qui s'était mis devant lui, puis revient se coucher ; au réveil ne se souvient de rien.

Avait eu, trois semaines auparavant, une autre crise à la suite d'une dispute avec un camarade dans la journée ; il se leva la nuit et alla continuer la discussion dans la cour. Au réveil, la crise passée, le malade souffre de céphalalgies très violentes et pénibles.

13 février : présente une autre crise : préoccupé dans la journée par le retard d'une lettre revenue sans avoir été remise au destinataire, se lève vers 9 heures du soir, descend aux cabinets, reproduit les gestes d'un homme qui brosse un parquet, se recouche. Revient à lui au bout de cinq minutes étonné de voir le médecin de garde auprès de lui. Se plaint d'une céphalée violente au sommet de la tête et d'une sensation de chaleur vive au niveau des oreilles. Se met à parler de sa lettre, la cherche, et est très étonné de voir ses vête-

ments en désordre alors qu'il les avait pliés lui-même. Mouvements nerveux continuels ; il éprouve le besoin de maintenir de sa main droite son poignet gauche qui, disait-il, ne pouvait se tenir tranquille.

Au 15, 22, 25 février, 1^{er} et 2 mars : crises analogues : se lève, roule des cigarettes qu'il ne fume pas, joue aux dames avec un partenaire imaginaire, mime une scène de distribution de lait dont il avait été chargé dans la journée.

Réformé n° 2, le 23 mars 1910.

Ici, l'hérédité pathologique est nette, du côté maternel en particulier, ce qui n'existait pas dans le cas précédent. L'état second est plus riche en actions, plus varié, et chose intéressante, on retrouve dans la journée précédant la crise un fait qui a fortement impressionné le malade et qui est le thème des actes accomplis ou des paroles prononcées durant la crise. Le malade n'est pas d'ailleurs entièrement possédé par son idée fixe, mais sa personnalité seconde est accessible à certaines perceptions extérieures puisqu'il a la notion de l'obstacle que lui est l'adjudant qui veut l'empêcher de passer, et qu'il l'évite.

Enfin, l'oubli au réveil est complet, il ne reste de la période vécue en état second qu'une sensation de fatigue et de lassitude, mais non le moindre souvenir.

Dans l'observation suivante, un élément nouveau fait son apparition : l'alcoolisme héréditaire et personnel.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major Chavigny)

Ha... Jean-Marie, 22 ans, engagé volontaire au ...^e régiment de cuirassiers.

Antécédents héréditaires : père alcoolique ; mère en bonne santé, sujette à de fortes migraines.

Antécédents personnels : aucune maladie habituelle de l'enfance, tempérament très nerveux ; vers l'âge de 12 ans, a présenté des accès de somnambulisme à intervalles assez éloignés. Est entré à cette époque chez son oncle, commerçant en grains, où il boit environ 3 litres de cidre par jour et une forte dose d'alcool à chaque repas, ceci jusqu'à son incorporation. Engagé volontaire à l'âge de 18 ans ; à la caserne, remplace le cidre par le vin. A passé deux ans au ...^e cuirassiers où il a eu quatre à cinq crises de somnambulisme.

Est depuis un an au ...^e régiment ; a eu trois nouvelles crises. Voici la description de la dernière : si le malade a été vivement contrarié pendant la journée, comme par exemple une querelle entre camarades, il ressent en se couchant un certain état de nervosisme faisant prévoir sa crise. Sommeil lent à venir ; puis, vers 10 heures, s'est levé faisant les gestes d'un homme à cheval, en courant autour de la chambrée et évitant tous les obstacles qui se présentaient devant lui. Il s'est dirigé vers la fenêtre, l'a ouverte et a tenté de sauter dans le vide, lorsqu'il a été retenu par son brigadier. S'est réveillé alors tout étonné et recouché tranquillement ; n'a nullement conscience de sa crise rapportée par des témoins, mais se sent le lendemain très abattu.

20 Avril, nouvelle crise un peu différente de la précédente : elle débute par une agitation extrême et un cri violent suivi de plusieurs autres ; secoue son lit au point de déplacer les pots posés sur la planchette. Il a des mouvements désordonnés accompagnés de contracture, claquements de dents, morsure de la langue, pas d'écume à la bouche ; tombe de son lit qu'il saisit et entraîne au milieu de la chambre. Puis s'éveille brusquement, accusant une vive sensation de froid, très étonné de voir ses camarades autour de lui et ne se rendant aucunement compte de ce qui vient de se passer.

22 Avril, nouvelle crise ; n'est pas tombé de son lit, mais s'est mis à cheval sur lui, saisissant avec force les barreaux du chevet croyant tenir les rênes, s' imagine être à la guerre, raconte les événements de 1870-71. Durée de la crise, 40 minutes environ.

Le 1^{er} mai, le 3 mai, crises analogues avec toujours comme thème de l'état second son rêve professionnel d'équitation et de combat ; pas d'incohérence dans la parole, est-il noté dans l'observation.

12 Mai, crise d'une heure identique aux autres, sauf un point particulier au réveil : la voix change brusquement, le malade cesse, très calme, ses exercices d'équitation et donne des ordres, il crie d'une voix haute et impérieuse, il croit encore commander à ses hommes. La façon dont il repousse les infirmiers et leur ordonne d'éteindre les lampes fait seule comprendre qu'il est dans l'état second.

L'examen des différents appareils ne présente rien de particulier.

Examen du système nerveux : réflexe abdominal très marqué du côté droit, aboli à gauche.

Réflexe conjonctival complètement aboli, on peut promener la tête d'une épingle sur la conjonctive oculaire sans provoquer la moindre réaction.

Réflexe pharyngé aboli.

Pas de troubles moteurs.

Comme troubles sensitifs, différentes zones de retard de perception et de diminution de la sensibilité à la douleur. Deux zones d'anesthésie complète et d'analgésie partielle vers l'angle inférieur de l'omoplate et le creux de l'aisselle à gauche, sur environ 20 centimètres de longueur et 6 centimètres de largeur.

Champ visuel considérablement rétréci pour toutes les couleurs. Points ovariens très marqués, surtout à droite.

Le malade présente encore diverses crises et est renvoyé dans ses foyers.

Ha... a un facteur qui influence sûrement l'éclosion de ses crises à la moindre préoccupation : c'est l'intoxication alcoolique se surajoutant à l'hystérie ; car les stigmates sont assez nets pour affirmer la névrose : rétrécissement du champ visuel, zones d'anesthésie, abolition de différents réflexes. Ses antécédents personnels nous révèlent l'existence de crises somnambuliques dans l'enfance, à l'époque particulièrement troublée, chez l'enfant, qu'est la puberté, et c'est précisément à ce moment qu'il com-

mence à se livrer à des excès alcooliques. Cet ensemble de faits pathologiques et d'influences toxiques que l'on trouve chez un prédisposé, puisque le père était un grand alcoolique, nous explique le réveil de ses crises d'état second à la suite de préoccupations résultant soit de disputes comme nous le dit l'observation, soit des obligations de sa vie de soldat : l'équitation.

Nous devons enfin signaler un caractère qui permettrait de soupçonner que l'hystérie n'est pas seule en cause : on signale quelques cris violents au début de la deuxième crise et la morsure de la langue ; mais il n'y a ni écume à la bouche, ni début subit, absolument soudain comme celui qui fait perdre connaissance à l'épileptique en quelque endroit qu'il se trouve, même s'il peut se blesser ; pas d'émission d'urine ni de matières fécales. On ne peut donc pas porter fermement le diagnostic surajouté d'hystérie et ce n'est que par un doute léger et pour montrer que l'on y a pensé, qu'en tête de l'observation, on ajoute au diagnostic principal de somnambulisme chez un alcoolique le mot hystéro-épilepsie.

Plus marquée encore peut-être l'influence de l'hérédité et de l'alcoolisme dans l'observation de cet autre engagé volontaire que l'on est obligé de réformer sans qu'il ait même fait une année de service.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le médecin-major Chavigny)

Ma... Henri 19 ans engagé volontaire de 3 ans à l'artillerie en avril 1910.

Antécédents héréditaires : Mère morte de la poitrine. Père marchand de vin, boit beaucoup et depuis très longtemps.

Antécédents collatéraux : 2 frères dont un mort, l'ainé est brouillé avec le père depuis l'âge de 14 ans et a été perdu de vue depuis.

Antécédents personnels : a eu à l'âge de 9 ans des « fièvres cérébrales » puis la fièvre typhoïde. Depuis l'âge de 13 ans a présenté des crises de somnambulisme au cours desquelles il chantait, faisait grand tapage et cassait tous les objets à sa portée ; son père le réveillait et le faisait recoucher.

A fort peu travaillé ; depuis 5 ans qu'il aidait son père dans son débit de vin il buvait avec les clients.

Au bout de 6 mois de service, à la suite d'une punition de prison pour absence illégale après refus de permission il s'imagine qu'on va l'envoyer en Afrique, il se tire une balle au-dessus du sein gauche ; passe 30 jours à l'hôpital. On le change de régiment.

Assez indiscipliné, hypocrite et sournois, il est à nouveau enfermé seul dans un local disciplinaire, le 25 novembre 1910, il brise deux châssis, on le trouve le matin couché à terre les carreaux cassés autour de lui, ayant mal à la tête, mais ayant perdu absolument tout souvenir sur ce qui s'est passé durant la nuit.

Enfermé dans une autre cellule se pend à sa ceinture de flanelle, on arrive à temps pour couper le lien et on l'envoie au Val-de-Grâce aux fins d'expertise médico-légale.

Cette amnésie si complète, dit le rapport de M. le médecin-major Chavigny, ne peut guère se rattacher dans le cas présent qu'à l'épilepsie, à l'alcoolisme, au somnambulisme ou à la simulation.

L'épilepsie est éliminée par l'absence d'antécédents comitiaux même ébauchés, pas de trace de cicatrice linguale, pas d'écume, etc. L'alcoolisme est net, tremblement des mains et troubles gastriques caractéristiques, mais le prévenu n'avait pas fait les jours précédents d'excès de boisson.

Le rapport conclut en faveur du somnambulisme par suite des antécédents du malade, et de l'analogie que la crise précédente a présentée avec le tableau clinique du somnambulisme et de la difficulté à simuler aussi complètement ce tableau.

Le malade est déclaré irresponsable.

Dans ces 4 observations que nous venons de rapporter

le fond est toujours le même : le sujet se lève la nuit et en proie à son idée fixe qui sert de directrice à son état second il accomplit des actes qui appartiennent à l'état de veille ; il va, vient, écarte les personnes ou les obstacles qu'il rencontre sur sa route, exécute le plus souvent des actes professionnels qui lui sont habituels. Puis son rêve vécu, il perd tout souvenir de ce qui s'est passé en même temps qu'il retrouve sa personnalité première.

Ce sont, en nous en rapportant à la classification que nous pourrions appeler nyctémérale, 4 cas de noctambulisme qui ne diffèrent que par leur richesse en détails dans l'état second et par l'importance croissante que peut avoir l'alcoolisme.

Le malade dont nous allons maintenant relater l'observation nous présente un ensemble de crises convulsives éthyliques, de noctambulisme et de vigambulisme d'assez longue durée.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le Médecin-major Chavigny)

Gu... Ludovic engagé volontaire.

Antécédents héréditaires et collatéraux : père bien portant, la mère aurait des absences ; sœur assez mal équilibrée, aurait tiré des coups de revolver pour un motif mal élucidé, un oncle interné à la Rochelle, 2 autres sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance ; à 6 ans se serait blessé à la tête avec le timon d'une voiture, perte de connaissance, séjour d'une semaine au lit.

Va à l'école de 5 à 10 ans, travaille chez lui jusqu'à 12 ans, reste alors en apprentissage comme cuisinier dans un hôtel.

A commencé à boire jeune, se serait enivré pour la première fois

à l'âge de 10 ans ; sortait de chez lui ou de l'hôtel le soir pour aller boire du vin et plusieurs absinthes. Vers l'âge de 14 ans a commencé à faire des fugues soit à la suite de discussion, soit sans motif. Est ainsi allé à la Rochelle, St-Nazaire, demeure plusieurs mois dans chaque ville puis part brusquement. A 18 ans et demi revient chez lui à Saintes, se fait remettre de l'argent et part à Paris sans prévenir, y reste 3 mois sans rien faire et s'engage pour 5 ans.

Depuis son entrée au régiment il a fait plusieurs séjours à l'hôpital pour grippe, pleurésie, affection du maxillaire inférieur, embarras gastrique, pituite matutinale, rhumatisme.

En juin 1911 entre à l'hôpital pour crise convulsive ainsi décrite : se trouvant dans la cour du quartier à 5 heures du soir, ressent une douleur dans l'épaule droite, puis une pesanteur spéciale avec sensation de chaleur; cette impression gagne le cou, la face, le front, les yeux se voilent, les jambes s'engourdissent et le malade ayant cherché la place la plus favorable pour s'étendre perd connaissance. A déjà eu deux crises analogues Ne perd pas ses urines, pas de morsure de la langue, ni de la face interne des joues.

A l'hôpital a eu encore plusieurs crises ; se présente couché en chien de fusil ; contracture des quatre membres, tremblement généralisé rapide et à grandes oscillations. Se débat et malmène les infirmiers qui essayent de le calmer. Puis, la crise finie, s'endort.

Quitte l'hôpital quelque temps après, avec un mois et demi de convalescence ayant eu entre temps une arthrite avec albuminurie.

On le ramène le 3 janvier 1912 dans un état de coma profond.

Etant à la cantine le matin vers 9 heures est plongé brusquement dans le coma et ne se rappelle plus rien jusqu'au 6 janvier vers 4 heures du soir. On l'aurait vu sortir du quartier en tenue de treillis et se diriger vers le Grand-Camp (rapport de son capitaine).

Ne sait point ce qu'il a fait jusqu'à son réveil, n'a point eu conscience d'une crise qu'il a eu la veille, 5 janvier (rapport du médecin de garde qui relate une attaque hystérique).

Examiné peu après, le malade regarde droit devant lui sans voir personne, répond parfois par des hochements de tête. Ne réagit pas aux piqures fortes. Mydriase prononcée.

On arrête l'examen, car la recherche du signe de Babinski paraît

devoir provoquer une nouvelle crise, il est impossible de le compléter l'état comateux n'existant plus le lendemain. M. le Médecin-Major Chavigny avait ordonné au malade de se réveiller; Gu... a repris ses sens le 7 au matin et ne ressent plus qu'une grande fatigue. Examen détaillé du système nerveux ne révélant que de l'anesthésie cornéenne, suppression du réflexe cornéen. Rétrécissement du champ visuel.

Sort le 14 janvier.

Rentre à nouveau le 13 février; ne se rappelle rien depuis le 11 où il était en état d'ivresse légère.

A eu une crise d'excitation dangereuse qui a nécessité la présence de quatre cavaliers pour l'amener. Arrive dans un état de prostration absolu.

Contracture généralisée peu exagérée cédant parfois et remplacée par de la flaccidité.

Sensibilités au tact, à la piqure, au froid complètement abolies.

Sous l'influence de l'excitation électrique jointe à une flagellation modérément énergique faite par le médecin traitant, le malade entre durant deux à trois minutes en communication avec lui: il lui est ordonné de se lever pour déjeuner.

Le malade se lève pour déjeuner et depuis paraît complètement normal. L'état second a cessé.

Il est réformé n° 2 le 14 avril 1912.

Ce malade n'est pas un simulateur, car il a présenté au moment de son entrée des symptômes trop complets pour être feints.

L'épilepsie est éliminée, les crises ne ressemblent pas aux crises comitiales, pas de cri initial, pas de morsure, pas d'écume.

Avons-nous le tableau du coma éthylique?

En grande partie oui: le sujet est un grand buveur, depuis son jeune âge il avoue plusieurs litres de vin et des liqueurs à essences, les premières crises convulsives

sont des crises d'éthylisme ; on a relevé du tremblement des doigts, des pituites matutinales. Mais si, pour la dernière entrée à l'hôpital, on rapporte qu'au début de son absence illégale le malade était légèrement ivre, il n'en était point de même pour les trois jours de janvier durant lesquels le malade a vécu une existence dont il n'a aucun souvenir et dont on l'a tiré en lui donnant l'ordre de se réveiller. Cette obéissance inconsciente ajoutée à ses anesthésies, son rétrécissement du champ visuel, qui n'est pas considérable il est vrai, autorisent, croyons-nous, à porter aussi le diagnostic d'hystérie, qui a d'ailleurs été le motif invoqué pour la réforme.

Nous avons donc là un exemple d'état second d'assez longue durée, deux périodes de trois jours sont rayées de la vie normale du malade, et toutes deux commencées en état de vigambulisme.

Nous n'avons pas jusqu'ici trouvé d'observation comparable à celles de Mary Reynolds ou de Félida, c'est-à-dire dans laquelle on signale deux personnalités ou plusieurs absolument différentes entre elles ; un cas a été publié au sujet duquel nous aurons d'ailleurs plusieurs remarques à faire.

OBSERVATION VI

(D'après Bourru et Burot, cités par Laurent (résumée).

X..., engagé volontaire, 3^e Infanterie coloniale.

Hystérique ; voleur et vagabond qui a été enfermé dans une maison de correction ; a déjà à deux reprises présenté deux états de personnalité différents jusqu'au jour où il s'engage.

Est envoyé à l'hôpital maritime de Rochefort pour expertise médico légale à propos de délits.

On trouve chez lui six personnalités successives :

1° Etat ordinaire, hémiplegie et anesthésie à droite ; violent, bavard, grande mémoire des choses récentes, etc. Lit et écrit.

2° Hémiplegie et anesthésie à gauche par application de l'acier sur le bras droit ; doux, correct, a perdu le souvenir de deux années de sa vie, 1884 1886.

3 Paraplégie par application de l'aimant sur la nuque. Timide et triste, ne sait ni lire, ni écrire ; se croit tailleur.

Nous ne citons que quelques passages de l'observation pour montrer les trois personnalités les plus dissemblables que présente ce malade.

Mais nous ajoutons que ce sont là des personnalités créées par expérimentation ; il n'en est que deux de spontanées, et encore ont-elles apparues au cours de la vie civile ; toutes les autres sont dues à des moyens physiques comme le transfert par les aimants.

Ce cas est donc à signaler pour sa rareté, mais nous ne pouvons pas nous baser sur son analyse pour en tirer d'autre conclusion.

* * *

A quels types de la classification proposée par P. Janet correspondent nos malades ?

Il nous est impossible de faire une assimilation quelconque à ce sujet.

La raison en est simple : au point de vue conservation des souvenirs d'un état second par rapport à l'état prime, nous ne pouvons avoir de renseignements, ne faisant pas d'expériences sur nos malades militaires, ce qui est assez rationnel, il faut en convenir.

Au point de vue étendue de l'intelligence, nos cas de

noctambulisme se rapprochent assez du somnambulisme monoïdeïque de Janet ; on y retrouve la même importance de l'idée fixe, la tendance de cette idée à s'objectiver, et malgré cela, la perception des objets extérieurs est conservée, puisque, comme dans l'observation IV, le malade évite les obstacles rencontrés.

Le malade Gu... (obs. V), a présenté à deux reprises peut-être un état correspondant au somnambulisme complet de Janet, mais nous ne pouvons l'affirmer, le malade n'ayant été vu qu'à la fin de ses crises lorsqu'il se faisait arrêter sur la voie publique et, étant donné que l'on n'a pas de renseignements sur les périodes de son existence seconde dont il n'a gardé aucun souvenir.

On trouve enfin dans un des ouvrages de P. Janet, la raison de la difficulté que nous avons à assimiler nos cas pathologiques spontanés aux types le plus souvent provoqués qui ont servi à ses études. « Il existe, dit-il, mille formes intermédiaires entre ces différents termes, et le même sujet peut présenter, suivant la manière dont on provoque le somnambulisme et suivant la durée de cet état, plusieurs formes différentes. »

L'AUTOMATISME AMBULATOIRE. — Les observations d'états dénommés « automatisme ambulatorio » et qui, nous l'avons vu, sont un syndrome pathologique se rattachant à l'hystérie, sont relativement assez nombreuses

Déjà en 1888 Duponchel, dans une conférence faite aux aides-majors stagiaires au Val-de-Grâce, leur signale « les impulsions morbides à la déambulation chez les militaires » et décrit à côté de l'automatisme ambulatorio, ce qu'il appelle le déterminisme ambulatorio ; il se base

pour faire cette distinction, sur ce que le sujet qui se met à fuir, se sent poussé par un désir invincible qui le détermine à accomplir sa fugue. Il nous semble tout simplement que ce besoin de marcher, suscité par un nom de ville, par exemple, fait partie des symptômes de la phase prodromique telle que la décrivent Joffroy et Dupouy, et que dans certains cas, ce symptôme est plus net : c'est l'idée fixe de l'hystérique, elle a été suffisamment intense pour la personnalité première qui en a alors gardé le souvenir ; mais la mémoire présente sa lacune habituelle quant à la crise elle-même. Nous ne croyons donc pas devoir maintenir cette distinction. Une des plus belles observations est celle de D... (Albert), le malade cité par Tissier dans sa thèse, et dont l'histoire est continuée dans le travail inaugural de Gehin. Son histoire est trop souvent rapportée pour que nous le rappelions. Mais voici plusieurs autres cas d'automatisme ambulateur :

OBSERVATION VII

(Février et Parisot, *Revue médicale de l'Est*, 1904).

Antécédents héréditaires : Grand-mère maternelle atteinte d'aliénation mentale depuis 30 ans.

Mère traitée à l'asile Ste-Anne pour mélancolie, accidents hystériques.

Antécédents personnels : Enfance malade ; à 5 ans grande frayeur, a uriné au lit jusqu'à 10 ans.

A la suite d'une discussion avec son père à 19 ans a eu une première crise convulsive.

Intelligence réelle mais instruction médiocre.

Ni alcoolisme, ni onanisme, pas de sens moral.

En 1890, 1891, 1892, quitte son domicile ; en 1895 part en Amérique. En 1898, arrive au régiment.

En mai 1899, quitte le baraquement en tenue de cycliste, va dans un débit de vin près du quartier où il avait déposé des vêtements civils, s'habille et ne se rappelle plus de rien, si ce n'est que le lendemain il se retrouve tout étonné couché sur le bord de la route sa bicyclette à côté de lui. S'est alors rendu compte presque immédiatement qu'il avait fait une bêtise.

Pas de rêve dans les phénomènes prodromiques de ses accès ambulatoires, mais parfois une idée fixe.

Les crises sont précédées d'irritabilité de caractère sans cause, aura sensorielle, sensation d'énervement, malaise, enfin perte de connaissance.

Le retour à la conscience est progressif : d'abord hébétude, après quelques larmes.

Jamais d'émission involontaire d'urine ni de défécation, pas de morsure de la langue.

Parfois besoin irrésistible de marcher qu'il soulage par de longues courses étant cycliste régimentaire.

Se déplaît partout : à l'école commerciale, dans sa maison de banque, au régiment.

Stigmates sensitivo sensoriels nets : Hémi-anesthésie sensitive gauche limitée à la ligne médiane; on peut le piquer jusqu'au sang ; dans la même région abolition de la sensibilité thermique.

Hyperesthésie du testicule gauche à la pression.

Réflexe pharyngien aboli à gauche seulement.

Solution concentrée de sel reconnue sur le côté droit de la langue, pas à gauche.

Rétrécissement général du champ visuel mais plus marqué à gauche.

Le sujet est reconnu malade et non délinquant par le conseil de guerre ; un non-lieu est prononcé et l'homme est proposé pour la réforme.

L'observation de ce malade est tellement complète qu'elle pourrait servir, à quelques détails près, de schéma pour une description d'automatisme ambulatorio.

La phase prodromique est bien marquée : si les rêves

sont absents, l'idée fixe est cependant suffisamment forte pour être consciente, le malade lutte d'ailleurs et lui donne en quelque sorte le change en accomplissant de longues randonnées comme cycliste militaire, mais cela est conscient et se passe à l'état prime.

Le changement de caractère est marqué par l'irritabilité, etc.

La période d'accès dut ne rien présenter d'anormal puisque le malade se réveille toujours libre, sans que son allure fut suffisamment bizarre pour l'avoir fait arrêter.

Enfin, le réveil est typique avec sa phase d'étonnement les lacunes de la mémoire, la crise de larmes.

L'épilepsie est éliminée comme cause prochaine, tandis que l'on trouve divers stigmates de l'hystérie.

Moins nette dans ses différentes phases, mais d'un diagnostic absolument certain cependant, est l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

(Résumée d'après Conor : Hystérie dans l'Armée).

Le B..., appelé 2 ans de service.

Tous ses parents bien portants sauf une sœur sujette aux migraines.

Ni alcoolisme, ni syphilis, plusieurs fugues avant son incorporation ; était bon ouvrier.

Quitte la caserne le 16 août pour porter des rasoirs à repasser ; se retrouve quatre jours après à Paris sans savoir comment il s'y est rendu. Va au bureau de la Place pour se faire ramener à Rouen.

Abolition du réflexe pharyngien, anesthésie complète des segments inférieurs des membres. A été réformé peu après.

Nous pourrions encore rapporter de nombreuses obser-

vations d'après Duponchel, Labadens, etc., mais tous ces cas sont identiques.

L'assimilation que nous faisons entre l'automatisme ambulateur chez les hystériques et les états seconds, trouve sa confirmation dans l'observation suivante où le début est une fugue avec amnésie et le réveil se fait en état second et non plus avec la personnalité prime comme le fait se produit le plus généralement.

OBSERVATION IX

(Résumée d'après E. de Messières .

R... Maurice, 22 ans, engagé volontaire au 1^{er} artillerie

Antécédents héréditaires et collatéraux : Grand-mère hypémaniaque avec tendances au suicide ; mère émotive et nerveuse.

Un frère normal, l'autre manque d'équilibre mental (désertion sans motif).

Antécédents personnels : Pas d'alcoolisme, instabilité mentale ; voyage au Sénégal ; va passer son examen de capitaine au long cours lorsque brusquement il part en Allemagne.

Revient inopinément en France, s'engage malgré les représentations de son père.

Soldat docile mais très distrait ; a une certaine appréhension du cheval à la suite de chutes au manège : devient soucieux et bizarre. A l'expiration d'une permission part à l'insu de tous pour Bordeaux où est son frère. Est agité, nerveux et paraît étrange aux personnes qui l'entourent

Passe une nuit tranquille et se réveille le lendemain tout étonné dans une chambre qu'il dit ne pas connaître. Croit avoir quitté l'Allemagne hier. Ne se souvient pas qu'il est militaire et on le ramène à l'hôpital d'Angoulême par subterfuge six jours après sa fugue.

Air distrait absorbé, a l'air d'un automate, mouvements brusques et saccadés, dit arriver de Cologne, ne reconnaît pas son médecin. Tête lourde, grande lassitude, cauchemar toutes les nuits.

Hémi-anesthésie à gauche avec anesthésie de l'abdomen et des lombes à droite, anesthésie de la face sauf au front et au menton.

Réflexes pharyngien, cornéen abolis.

Champ visuel rétréci.

Catatonic.

Après mise en état d'hypnose par fixation d'un objet brillant et suggestion, on le réveille. Il se reconnaît et s'inquiète de sa situation militaire illégale.

A perdu tout souvenir des six jours de son état second. La réforme s'impose.

L'automatisme ambulateur s'est présenté comme une réaction de défense, déterminée par l'idée fixe d'échapper surtout aux exercices d'équitation.

Mais cette obsession de quitter l'armée a pris une telle force que le réveil s'est fait en état second, où l'on ne trouve plus trace de sa situation de soldat : il n'a que vingt ans, dit-il, il ne partira donc au régiment que dans deux ans.

Le réveil en personnalité première n'est possible qu'après une phase de sommeil hypnotique durant laquelle ordre lui est donné de retrouver son état normal.

ÉTAT SECOND TOXIQUE ÉTHYLIQUE. — L'association de l'alcoolisme et de l'hystérie est fréquente chez les malades présentant des états seconds. Nous en avons rapporté plusieurs exemples. Mais nous avons admis aussi d'après plusieurs auteurs l'existence d'états seconds d'origine toxique alcoolique. Nous n'avons pu en relever qu'une observation. C'est l'histoire d'un malade fugeur qui a présenté à deux reprises une période d'état second semblant éthylique.

OBSERVATION X

(Résumée d'après Grasset, *in* Encéphale, 1908).

C..., engagé volontaire au 142^e d'Infanterie ; inculpé de désertion à l'intérieur en temps de paix, etc.

Le père mort était excentrique, un peu fou ; mère débauchée, a très peu vécu avec son fils.

L'inculpé a été garçon de café de 7 à 15 ans ; commence à boire à 17 ans.

Fait une première fugue à 10 ans ; placé à partir de 17 ans, change constamment de patrons ; va en Belgique, revient à Paris, puis va à Nice, Mende, etc.

Arrivé au régiment le 20 décembre 1900, fait sa première fugue comme militaire le 30 janvier 1911. Il boit, part en tenue et se réveille à Lunel, on trouve sa baïonnette à Palavas.

Diverses autres fugues, une désertion, condamné à de la prison ; puis est envoyé à l'asile d'où il sort en avouant avoir simulé la folie.

Incorporé à nouveau, fait une fugue de trois jours au bout de laquelle il se réveille à l'intérieur de la caserne sans nul souvenir ; serait allé à Paulhan et à Pézenas.

Accomplit encore cinq autres fugues avec désertion ; évasion par bris de prison etc.

Est l'objet d'un rapport médico-légal du Professeur Grasset et du Docteur Védel, médecin militaire.

Ces experts concluent que C... n'est pas aliéné et qu'il ne l'a jamais été ; pas trace d'hystérie ; il présente réellement des impulsions et obsessions psychiques à la déambulation : crises d'automatisme ambulatorio qui s'accompagnent peut-être d'amnésie au début mais qui en tout cas se présentent avec tous les caractères d'une impulsion morbide non simulée et l'alcoolisme serait plutôt la conséquence que la cause de ces fugues.

Cependant, nous croyons pouvoir signaler deux fugues au moins où il semble bien y avoir un état second :

d'abord la première lorsqu'il s'est réveillé à Lunel, puis la troisième lorsqu'il a quitté la caserne pour y retourner. L'amnésie ne paraît pas simulée, les experts eux-mêmes en conviennent et C... avoue de plus avoir bu avant son départ.

Nous croyons donc pouvoir interpréter ces deux épisodes comme des états seconds d'origine toxique éthylique, mais en remarquant que nous avons affaire à un taré que Grasset qualifie de « débile du psychisme supérieur. »

TYPE CLINIQUE LE PLUS FRÉQUENT

Sous quel type clinique se présentent le plus souvent les états seconds dans l'armée ?

Ceux imputables aux traumatismes font défaut dans ce travail ; ils doivent être très rares, car on a en général à observer en pratique militaire des chutes de cheval sur la tête, des coups de pied atteignant l'homme sur le crâne, etc., tous grands traumas qui mettent le malade en si mauvaises conditions d'existence que le chirurgien est souvent obligé d'intervenir ; l'intégrité du fonctionnement cérébral n'est plus suffisant pour permettre l'apparition d'une personnalité seconde.

L'alcoolisme chronique ou aigu se manifeste aussi très rarement sous forme de dédoublement de la personnalité ; nous n'avons pu rapporter qu'une observation de malade ayant présenté, au cours de nombreuses fugues, deux phases d'état second.

Par contre, les cas sous la dépendance de la diathèse

hystérique, sont assez fréquents et sont de beaucoup la grande majorité dans ce travail.

A l'automatisme ambulateur revient la première place d'après l'examen que nous avons fait de toutes les observations recueillies dans les diverses publications ailleurs mentionnées, ou qui nous ont été si obligeamment communiquées.

En effet, sur 25 observations d'états seconds attribuables à l'hystérie, nous en comptons 14 d'automatisme ambulateur, 8 de somnambulisme et 3 d'états seconds avec changement absolu de personnalité.

Et nous ferons remarquer que si plusieurs cas de somnambulisme n'ont pas été publiés en raison du peu de fréquence ou d'intensité de leurs crises qui n'ont pas été signalées à l'attention du médecin, ces états seconds étaient beaucoup trop frustes pour entrer en ligne de compte dans une statistique.

CAUSES OCCASIONNELLES

Dans la plupart des cas, le véritable facteur étiologique était l'hystérie. Quelles ont été les causes occasionnelles en jeu ?

Dans une observation relevée dans la thèse de Vialatte, c'est une blessure de guerre. Un soldat atteint par une balle au niveau du pariétal droit, présente une hémiplégie passagère, puis il est atteint de somnambulisme et a des accès périodiques de sommeil.

Dans une observation rapportée par M. le Professeur Simonin, ce sont des variations de tension électrique et de pression barométrique : un soldat de garde à la porte

d'une caserne est frappé par la foudre ; son fusil est tordu, il perd connaissance et reste plusieurs heures dans un sommeil profond ; chaque fois que le temps devient orageux, le sujet devient inquiet, présente une crise d'hystérie et tombe en léthargie.

Ces observations sont des cas exceptionnels. Presque toujours ce sont les conditions de vie nouvelle, dans lesquelles se trouve l'homme, qui sont en cause. L'hystérique, être instable par excellence, à qui toute contrainte est pénible, est enlevé à la vie de famille pour être incorporé dans une collectivité régie par une discipline sévère comme l'est l'armée.

Ses obligations professionnelles vont lui être bientôt à charge, et d'après ce que nous avons dit du rôle des idées fixes subconscientes dans la production des états seconds, il est à prévoir que ce seront des faits professionnels qui seront le point de départ de ces états :

Ainsi pour Ch... (obs. II), ce paraît être la crainte d'une punition ; il est préoccupé par la perte d'une paire de souliers, et la nuit, il va visiter son paquetage.

Ha... (obs. III), monte à cheval sur son lit et serre les barres de la planchette comme des rênes.

Chez R... (obs. IX), c'est l'appréhension de l'équitation et le désir de s'y soustraire qui ont causé la fugue en état second.

Sont-ce là les seuls facteurs qu'il y ait lieu de mettre en lumière dans la production des états seconds hystériques ? Nous ne le croyons pas, et quelle que soit l'importance du terrain hystérique, il faut, pensons-nous, des altérations organiques associées à la névrose pour donner naissance à des troubles de la personnalité aussi profonds

que le sont les états seconds. Ces altérations organiques seraient causées par l'intoxication : nous avons, en effet, signalé dans la plupart de nos observations, les habitudes éthyliques de nos malades, et nous voulons voir là autre chose qu'une simple coïncidence. Une observation d'hystérie avec insuffisance rénale et rétention chlorurée publiée par M. le Professeur J. Lépine vient donner plus de poids à cette remarque sur la coexistence de lésions organiques d'origine toxique et de troubles hystériques graves : il s'agissait d'un ancien officier qui avait présenté de l'hystérie traumatisme, un état cataleptique, de l'aphasie, de l'agraphie, et sur lequel on avait porté les divers diagnostics de paralysie générale, confusion mentale, syphilis cérébrale, etc. ; dès que l'insuffisance rénale fut dépistée et soignée, les divers troubles, soi-disant uniquement hystériques, s'amendèrent et même guérèrent.

Il nous a paru bon de signaler l'importance des lésions organiques, peut-être souvent d'origine toxique rénale ou éthylique dans ce paragraphe, sur les causes occasionnelles, pour que l'on ne nous accuse pas de laisser la part trop belle à la névrose essentielle qu'était l'hystérie jusqu'aux discussions fameuses suscitées par Babinski.

FRÉQUENCE DES CAS DANS LES DIVERS GROUPES DE LA HIÉRARCHIE MILITAIRE

Nous voudrions maintenant indiquer dans quel groupe de la hiérarchie militaire se rencontrent le plus fréquemment les altérations de la personnalité.

Nous n'avons pu trouver aucune observation d'officier, et ceci s'explique facilement. Les accidents hystériques, et nous parlons principalement de ceux-ci, car nous l'avons vu, c'est à cette névrose que se rattachent la plupart des cas observés dans l'armée, se manifestent rarement pour la première fois au régiment; c'est antérieurement dans l'enfance ou à l'époque de la puberté que débudent les troubles, et si durant l'examen physique assez sévère que l'on fait subir aux élèves officiers, on avait laissé passer quelques tarés, l'élimination se serait faite très vite dès les premiers accidents constatés à l'Ecole et sûrement bien accusés puisqu'ils n'ont été précédés d'accidents antérieurs dans la vie civile.

L'interprétation donnée par Janet, Grasset, etc., de la diathèse hystérique, nous est encore une explication de cette rareté des cas d'officiers.

L'état de désagrégation mentale, de perpétuelle distraction de l'hystérique, empêche ces sujets de fixer dans leur champ de conscience rétréci, l'idée d'un but déterminé à poursuivre, comme la préparation d'un concours; ils ne sont point capables de fournir la quantité et la qualité

d'attention nécessaire pour entreprendre et continuer des études le plus souvent assez arides.

Un commentaire identique nous fait comprendre que l'on trouve aussi très rarement des observations d'état second se rapportant à des sous-officiers.

Tout effort de longue durée est pénible pour l'hystérique, qui ne peut souvent même pas arriver aux simples galons de laine de caporal. Si cependant, il a pu être nommé sous-officier, il ne le reste guère longtemps, car ce malade profite souvent de ses loisirs plus nombreux et de sa solde plus forte pour se livrer à l'alcoolisme et se fait casser de son grade.

Voici une observation qui vérifie entièrement cette explication :

OBSERVATION XI

(Résumée d'après Duponchel).

Achille L..., 22 ans, engagé volontaire à 18 ans au 2^e spahis.

Mère hystérique, cousin germain enfermé dans un asile, une sœur hystérique, un neveu choréique.

Accidents nerveux dans l'enfance, vertiges épileptiformes.

N'ayant pu être reçu bachelier, s'engage, est rapidement nommé brigadier-fourrier. Va passer sous-officier lorsqu'il permute sans motif.

A pris des habitudes d'alcoolisme. Commet plusieurs fautes graves dont certaines absences illégales en état second et dont il n'a pas la conscience.

Est puni de prison puis cassé et remis cavalier de 2^e classe. Fait enfin une fugue qui l'amène à Paris où il reste au Val-de-Grâce pour expertise médico-légale.

Stigmates hystériques : zones d'anesthésie, d'hyperesthésie.

Rétrécissement du champ visuel, abolition de divers réflexes pharyngiens, etc.

Toutes les observations que nous rapportons, diverses autres que l'on pourrait relever dans les thèses de Laurent, Ferris, Géhin, dans les divers articles publiés par plusieurs médecins militaires, concernent de simples soldats. Mais même parmi ces derniers, il est une catégorie de simples soldats qui présentent tout particulièrement des états seconds.

Nous voulons parler des engagés volontaires :

C'est en effet par engagement volontaire que sont arrivés dans l'armée Ha... (obs. III), Ma... Henri (obs. IV), le malade de Février et Parisot (obs. VII), Gu... Ludovic (obs. V), le malade si complexe de Bourru et Burot (obs. VI).

Et ceci est encore une conséquence de la névrose dont ils sont atteints ; d'une intelligence parfois fort vive mais primesautière, trop inattentionnés pour être capables d'efforts suivis, ils ne peuvent même pas, comme le malade de Duponchel (obs. X), obtenir leur baccalauréat ou tout autre diplôme qui leur ouvrirait une carrière. Séduits un moment avec leur psychisme mobile par le panache qui peut entourer encore la situation d'officier, leurs instincts souvent autoritaires croyant trouver des satisfactions dans l'exercice du commandement, ils s'engagent ; mais la discipline, les multiples détails matériels parfois un peu rebutants de la vie des soldats, ont vite fait de les détourner de leur intention d'arriver peu à peu aux grades supérieurs. Obligés d'accomplir le temps pour lequel ils se sont engagés, ils restent simples soldats jusqu'à la fin de leur service. Dans cette situation, lassés par les différentes contraintes qui pèsent sur la collectivité militaire en général et, sur eux, leur semble-t-il plus particulière-

ment, à l'occasion d'une punition du désir de se soustraire aux charges imposées, ils rêvent dans leurs crise de noctambulisme, une vie seconde orientée autour de la même idée fixe, ou bien ils font une fugue par idée de défense en état second.

Nous n'avons, par contre, que quelques observations d'états seconds hystériques chez des appelés.

Et nous ferons remarquer dans un cas la bénignité pathologique des crises, dans l'autre, l'absence d'épisode disciplinaire ; chez le malade Au... (obs. I), les crises noctambuliques ont disparu rapidement au bout de quelques jours de traitement par la suggestion à l'état de veille. Quant au malade Ch... (obs. II) ; si l'on a été obligé de le réformer, il ne s'est du moins livré à aucun acte délictueux. Est-ce parce qu'ils sont appelés ? Pas absolument, mais nous tenons à signaler que l'état de désagrégation mentale est chez eux moins prononcé que chez des engagés qui souvent ne sont engagés que parce que en état de désagrégation mentale.

VALEUR MILITAIRE DES HOMMES SUJETS AUX ÉTATS SECONDS

Ces quelques considérations sur la grande proportion d'engagés volontaires parmi les malades présentant des états seconds nous amènent tout naturellement à chercher quelle peut être la valeur militaire de ces sujets et s'ils sont aptes à servir convenablement.

Des états seconds d'origine uniquement toxique alcoolique, nous n'avons pas trouvé d'observation. Dans le seul cas où l'éthylisme ait paru jouer un rôle efficient, nous étions en présence d'un prédisposé, d'un taré que Grasset qualifie de débile du psychisme supérieur ; rien d'étonnant à ce qu'il n'ait fait qu'un piètre soldat.

Cependant, nous estimons qu'une surveillance attentive de ces hommes et une répression judicieusement appliquée lorsqu'ils se mettent en état d'ivresse, peuvent, s'ils sont encore sensibles aux procédés d'intimidation, leur permettre d'accomplir leur service à peu près correctement.

Parmi les hystériques, les appelés, croyons-nous, pourront le plus souvent remplir leurs obligations militaires. Ils sont encore capables de synthèse suffisante pour ne présenter à l'occasion des soucis de leur vie nouvelle, que des accidents guérissables comme Au... (obs. I), ou bien si la répétition des crises nécessite la réforme, ils n'ont du moins donné lieu à aucune plainte touchant leur manière de servir.

Quant aux engagés, nous avons, croyons-nous, suffisamment élucidé la suite de raisonnements conscients ou subconscients auxquels ils obéissent en entrant dans l'armée pour être sûr qu'ils ne feront le plus souvent que de très mauvais soldats. Certains manquements à la discipline sont commis en état second, telles les fugues de l'automatisme ambulatoire, telles les deux absences illégales de Gu... (obs. V), et nous aurons à revenir sur le degré de responsabilité de ces malades. Mais entre temps, ils ont commis des fautes graves étant en possession de leur personnalité normale : ainsi Ma... (obs. III) qui

consciemment s'échappe, quoique on lui ait refusé une permission « très mauvais soldat, disent ses chefs, indiscipliné, hypocrite et sournois. »

Gu., dont nous possédons le relevé des punitions, nous a avoué lui-même qu'il avait fait des bêtises au régiment, qu'il s'en rendait fort bien compte, « mais n'est-ce pas lorsqu'on a encore 2 ans à faire et que l'on en a fait 3..., etc. » Et pour divers motifs, en exceptant les fugues à l'occasion desquelles il n'a d'ailleurs pas été puni, il compte 78 jours de salle de police et 66 jours de prison.

La responsabilité est-elle ici encore entière : nous examinerons ce point plus loin. Mais il n'en reste pas moins que les hystériques engagés présentant des états seconds ne font que de mauvais soldats. Nous n'avons pris que ces deux exemples, mais nous aurions pu les multiplier ; le malade de Burot est envoyé à l'hôpital pour expertise médico-légale au sujet de délits.

Va... (obs. XII), déserte une première fois, puis s'évade de la prison, vole enfin.

LEUR RESPONSABILITÉ. — Quelle est la responsabilité de ces très mauvais soldats que sont les engagés volontaires lorsqu'ils présentent des états seconds ?

Elle est nulle évidemment pour les actes commis en états seconds véritables, de quelque origine qu'ils soient, alcoolique ou hystérique. On peut les comprendre dans les termes de l'article 64 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Car si les sujets n'étaient pas en état de démence, à proprement parler, ils n'étaient point non plus dans leur

état normal ; et on ne peut rendre responsable un sujet en période d'existence habituelle des actes commis par une personnalité seconde qu'il ignore totalement.

Si une instruction est ouverte contre le délinquant, le médecin s'attache à montrer le malade qui est en lui et le non lieu s'impose.

Mais la période d'état second ne dure guère, et si l'homme guéri, rejoint son corps sans punition, ce qui a été le cas du malade Gu... (obs. V), est-il excusable en partie, de par sa diathèse hystérique des actes reprehensibles ? La réponse nous est donnée très judicieusement par Parreau (Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal) : citant Tardieu, Guyot, il conclut que le médecin légiste n'admet pas que l'hystérie seule entraîne l'irresponsabilité ; mais, dit-il, à la fin de son étude, on est obligé de tenir compte de la névrose, et l'on doit voir si pour chaque cas particulier, en raison de l'état mental qui a présidé à l'accomplissement du délit, il y a responsabilité entière, atténuée, ou irresponsabilité absolue.

C'est à cette règle générale que s'en tiennent les médecins militaires. Car si dans les thèses de Ferris, Labadens, Cavasse, Cazeneuve, Parreau, on relève des observations de malades hystériques méconnus ou pris pour des simulateurs, même avec des symptômes nets de la névrose, la fréquence plus grande peut-être des cas d'automatisme ambulatoire, de somnambulisme et les études nombreuses qui en ont été faites, empêchent le renouvellement de pareilles erreurs.

OBSERVATION XII (résumée).

(Rapport présenté au ^e conseil de guerre au sujet du soldat V...
par M. le Médecin-Major Chavigny).

Le soldat V..., inculpé de vol, était en traitement à l'hôpital le 19 décembre pour une pleurésie sèche de la base droite; en cours de traitement se sont manifesté des accidents nerveux qui ont motivé un ordre d'expertise mentale.

Le malade a présenté les symptômes habituels des crises de somnambulisme: se levait la nuit, déplaçait ses effets, circulait dans la chambre et ses voisins remarquaient qu'il ne paraissait pas conscient de ses actes; au matin, Va... affirmait ne se souvenir en rien de ce qu'il avait fait.

Suivent les comptes rendus de diverses enquêtes faites auprès du père et du médecin de V... signalant l'existence de crises de somnambulisme dans l'enfance se reproduisant jusqu'à trois reprises par semaine.

Le père de V... serait violent et alcoolique; la mère aurait tout récemment fuit le domicile conjugal avec ses deux plus jeunes enfants, puis y serait rentrée pour le quitter à nouveau.

Le malade s'est engagé à 18 ans par suite de mésintelligence avec ses parents. On peut puiser dans ces différentes circonstances la notion qu'il existe dans cette famille au moins des particularités mentales sinon un véritable trouble.

Il y aurait donc lieu de se demander si Va... était atteint d'une affection organique, nerveuse, ou mentale ayant pu expliquer, motiver ou excuser les vols dont il s'est rendu coupable.

L'expert se demande alors si les crises de somnambulisme sont réelles, et conclut en faveur de l'affirmative.

Les vols ont-ils été commis en état de somnambulisme? Non, car le malade n'invoque pas cette excuse et reconnaît lui-même qu'il était conscient.

Est-il kleptomane? Mais il n'a rien de la lutte angoissante de

l'obsession préparatoire du soulagement ultérieur qui sont de règle chez le kleptomane.

Cependant, si les actes incriminés ne sont pas des actes pathologiques et s'il n'y pas lieu de les considérer comme commis en état d'irresponsabilité, il est impossible de ne pas tenir compte de l'état particulier du système nerveux du sujet qui a commis ces délits.

On ne doit pas considérer l'état mental général de Va... comme normal, c'est un déséquilibré du système nerveux et l'expert conclut :

1° Va... n'est pas un aliéné ;

2° Les actes qu'il a commis ne sont pas des actes pathologiques ;

3° En raison des fautes de son système nerveux sa responsabilité générale est diminuée dans une certaine proportion.

Les erreurs de diagnostic en matière de responsabilité se feront, croyons-nous, de plus en plus rares lorsque le médecin interviendra. Avec les progrès de la pathologie mentale et l'étude plus approfondie que l'on en fait de nos jours, nous sommes mieux armés pour instituer une critique serrée et consciencieuse à l'extrême des problèmes médico-légaux en psychiatrie.

Mais il n'en sera malheureusement pas toujours ainsi jusqu'au jour où, systématiquement, pour tout acte contre la discipline paraissant impulsif ce que l'on dit vulgairement être le fait « d'une forte tête », le médecin ne sera pas consulté avant d'appliquer une sanction.

Dans le cas de Gu... ce principe aurait permis de le surveiller plus attentivement et d'arriver sans doute à l'éliminer, dès sa première punition marquante, qui date d'un an après son entrée au régiment et infligée pour une absence illégale de 38 heures, dont l'état de mauvais équilibre de son système nerveux devait le rendre moins responsable qu'un sujet normal.

Diagnostic des Etats Seconds

Simulation

Pour apprécier le degré de responsabilité dans ces expertises médico-légales d'état second, encore faut-il avoir pu porter un diagnostic ferme de ces états.

Leur symptomatologie a été décrite dans l'énumération que nous avons faite des divers types cliniques rencontrés, nous ne la recommencerons donc pas plus longuement.

Signalons tout simplement comme ayant une très grosse importance, d'abord l'hérédité : Ch... (obs. II), Ma... (obs. IV), le malade de Février et Parisot (obs. IX), R... (obs. X), sont les descendants d'êtres tarés ayant un passé pathologique chargé au point de vue nerveux.

Les antécédents personnels sont aussi souvent très chargés : Ha... (obs. III), Va... (obs. XII), avaient présenté antérieurement à leur incorporation des crises de somnambulisme.

Au... (obs. I), avait suivi dans l'enfance un traitement pour accidents convulsifs.

L'intoxication alcoolique est un tel facteur d'aggravation dans la production des troubles que l'on doit la rechercher très soigneusement.

Les signes de dégénérescence, ou les stigmates de l'hystérie, devront être mis en lumière s'ils existent.

Enfin, les anamnétiques et l'histoire détaillée de l'accident qui amène le malade à l'hôpital fourniront à l'expert de sérieux arguments pour établir un rapport précis et documenté.

Les conclusions ou bien sont en faveur de la maladie, invoquée ou non comme excuse par le délinquant ; ou bien reconnaissant l'existence du fait pathologique, nient cependant toute relation de cause à effet entre la maladie et les actes délictueux, ou bien dépisteront une tentative de simulation.

Et nous insistons sur ce dernier point qui, autrefois plus encore que maintenant, avait son importance surtout dans le métier militaire. Il était illogique, en somme, que, aux yeux du commandement, un homme d'aspect vigoureux, alcoolique invétéré, mauvais soldat peu discipliné comme le sont beaucoup d'engagés volontaires hystériques, fut reconnu pour un malade à l'occasion d'une fugue d'automatisme ambulatoire ; ceci était qualifié de « bordée » et sévèrement puni. Et si, par hasard, le sujet présentait une crise convulsive peu nette à caractères déroutants comme le sont les phénomènes hystériques, et se réveillait disant avoir perdu tout souvenir, ce qui, nous l'avons vu, est le propre des états seconds, on traitait l'homme de simulateur, et la punition se faisait plus lourde.

Actuellement, l'on est beaucoup moins porté à étiqueter

simulation tout phénomène paraissant incompréhensible et ne servant qu'à excuser un soi-disant coupable.

Et nombre d'officiers ayant peur d'apprécier leurs hommes d'une façon trop partiiale, au cas où ils seraient malades, préfèrent garder le silence. Nous n'en voulons comme preuve que la fin d'une note remise par le capitaine de Gu... concernant la façon habituelle de servir de ce cavalier. « Cet homme a un caractère faux, sournois et violent. Je ne puis me prononcer sur son équilibre mental craignant d'être influencé dans mon jugement par sa déplorable manière de servir. »

Dans une expertise d'état second, il faut toujours cependant discuter la question de simulation. En omettant cette précaution, on s'expose à entendre le ministère public, souvent très au courant des retentissantes controverses concernant l'hystérie et sa simulation, répondre à la conclusion : Le malade est un hystérique — non il est un simulateur.

C'est à cette pensée qu'a dû obéir l'expert consulté dans deux rapports que nous avons sous les yeux ; d'autant plus que dans les états seconds, il y a toujours amnésie, c'est-à-dire symptôme capital, mais qu'il est très facile de simuler.

Nous lisons dans le rapport concernant Ma... (obs. IV). « Cette amnésie si complète (le malade s'est réveillé le matin au milieu de débris de vitres sans aucun souvenir de les avoir cassées), ne pourrait guère se rattacher dans le cas présent qu'à l'épilepsie, à l'alcoolisme, au somnambulisme ou à la simulation. »

Après avoir éliminé l'épilepsie et l'alcoolisme pour

divers motifs que nous avons rapportés plus haut, l'expert continue : « Ce que raconte Ma... se rapporte trait pour trait à ce que dit son père des accès de somnambulisme auquel il était sujet dans son jeune âge, et au tableau classique du somnambulisme, où je retrouve même particulièrement cette tendance qui lui était autrefois habituelle de briser les objets qui étaient à portée de sa main.

« Ces caractères m'autorisent à rapporter au somnambulisme les actes dont Ma... est inculpé actuellement, et par conséquent d'éliminer la simulation, puisque nous y reconnaissons tous les caractères habituels d'une maladie réelle. »

Nous insistons donc sur l'importance des états de mémoire en état prime et en état second pour éliminer ou confirmer, s'il y a lieu, le diagnostic de simulation d'état second.

Le somnambule, de même que l'hystérique, ayant des crises d'automatisme ambulatorio, et que le sujet à personnalité dédoublée, ne se souvient en rien de sa période pathologique ; il ne pourra donc rien raconter de cette phase de son existence. Et si l'on assiste au réveil du malade, on le verra, comme le rapporte l'observation de Ha... (obs. III) « très étonné d'avoir ses camarades autour de lui et ne se rendant aucunement compte de ce qui vient de se passer. »

Le malade, Gu..., nous a, lui aussi, présenté un très bel exemple d'amnésie, au moment de ses trois jours d'existence seconde en janvier 1912 ; il perd tout souvenir depuis le départ de la cantine un matin vers 9 heures jusqu'au 6 janvier à la contre-visite, moment où

il se réveille sur l'ordre qui lui en a été donné par le médecin traitant.

De même lorsqu'il rentre pour la seconde fois à l'hôpital, le 13 février; depuis le dimanche soir, 11, il avait tout oublié.

Il est donc très important de rechercher l'amnésie dans tous les états seconds, surtout dans ceux d'origine hystérique; ce caractère, lorsqu'il est nettement constaté, permet presque à coup sûr d'éliminer le diagnostic de simulation.

Dans le cas d'état second d'origine éthylique, que nous signalons, l'oubli n'est pas absolu; il porte principalement sur le début de la fugue. Mais il était nécessaire de le signaler et d'en montrer la réalité, ce que se sont attachés à faire les deux experts.

ROLE DU MÉDECIN MILITAIRE

Le rôle du médecin militaire vis-à-vis des sujets présentant des périodes d'état second découle tout naturellement des quelques considérations que nous avons exposées sur la valeur militaire de ces soldats et sur leur degré de responsabilité.

Malades, impropres de par leur tare nerveuses à tout service effectif comme Ch..., pourquoi encombrer l'armée de pareilles non-valeurs?

Très mauvais soldats comme Gu... en cours d'existence normale, coupable de fautes mais totalement irresponsable, comme ce même sujet en période d'état second ayant occasionné deux absences illégales ; pourquoi admettre et garder dans la collectivité militaire de pareils facteurs d'indiscipline contre lesquels en toute impartialité on n'a aucun recours ?

C'est au médecin militaire qu'il incombe de sauvegarder l'armée, d'abord en arrêtant les tarés au moment de l'entrée au régiment, puis en les éliminant s'ils ont été pris « bon pour le service. »

a) On trouvera dans les thèses de Cazeneuve, de Vialatte, un exposé très complet des mesures à prendre pour arrêter les suspects ; nous ne retiendrons que celles qui nous paraissent s'appliquer plus spécialement à nos malades.

Nous considérerons comme très important pour éliminer les appelés ou tout au moins si on les accepte au conseil de révision, pour les signaler à l'attention du médecin régimentaire et des officiers, les renseignements que devrait fournir le maire lorsqu'il dresserait dans sa commune le tableau de recensement pour la formation de la classe. Le somnambulisme avec ses caractères bizarres des périodes de noctambulisme a toujours frappé l'imagination populaire, et dans un petit village les sujets qui en sont atteints sont connus de leurs concitoyens.

Mais pour les engagés, qui fournissent le plus grand nombre de cas d'état second, il serait nécessaire d'être plus sévère et d'exiger divers certificats. Et, d'abord, comme en Belgique, une attestation devrait être fournie

par le père ou le tuteur constatant que le sujet est exempt de tous troubles mentaux parmi lesquels on mentionnerait le somnambulisme ; des pénalités seraient attachées à toute déclaration mensongère. C'est ainsi qu'on aurait refusé l'engagement de Va..., dont le père écrivait : « Mon fils criait la nuit en dormant, se levait inconsciemment et cherchait à sortir ; malgré mes questions il ne me répondait pas et nous le faisons recoucher, mais le lendemain il ne se rappelait plus rien. »

Il en aurait été de même pour Ma... (obs. IV).

Puis, le candidat à l'engagement devrait présenter un certificat du maire, établi après enquête, attestant que ni ses grands-parents, ni ses parents, ni lui-même n'ont été internés dans un asile et n'ont présenté de trouble mental grave nécessitant une surveillance.

Ceci aurait permis d'arrêter R..., dont la grand-mère, lypémanique avec tendance au suicide, a fait un séjour dans une maison de santé.

Nous ne parlerons pas d'un certificat délivré par un médecin attestant que le candidat à l'engagement est sain de corps et d'esprit, car nous ne lui attribuons aucune valeur. Cette pièce est en effet délivrée soit par un médecin qui ne connaît pas le sujet, soit par le médecin de la famille, qui n'ose bien naturellement pas froisser la susceptibilité de ses clients, susceptibilité d'autant plus vive que si leur fils est un peu étrange il ne présente pas du moins d'aliénation mentale à proprement parler.

Enfin, un carnet sanitaire tenu dans les écoles auquel on adjoindrait un carnet scolaire, comme on le fait en Suisse, comme le propose dans sa thèse notre camarade Grimal, nous paraît extrêmement précieux.

Ainsi deviendrait impossible l'engagement de sujets comme celui dont nous résumons ci-après l'observation.

OBSERVATION XIII

(Duc à l'obligeance de M. le Médecin-Major Chavigny).

D..., 20 ans, engagé volontaire au ^e cuirassiers.

Mère nerveuse, extrêmement émotive ; père 77 ans, très usé.

La mère jugeant qu'elle ne pourrait diriger son fils, compte sur le séjour dans l'armée pour le remettre dans la bonne voie.

D'abord élevé à S..., Cr... d'où l'on est obligé de le retirer à la suite d'un gros scandale de dortoir (?) Reste deux ans à Rollin, puis rentre dans une autre institution qui ne veut pas le garder disant qu'il était fou. Placé en Angleterre dans trois familles qui hésitent à le garder. Son père l'envoie à l'Institut commercial de Lucerne où il ne reste que huit jours, y étant trop tenu.

S'engage, fait plusieurs absences illégales.

Réformé pour somnambulisme et dégénérescence mentale.

Ce sujet n'aurait sûrement pas présenté son carnet scolaire avec d'aussi déplorables antécédents. L'absence de cette pièce aurait alors motivé une enquête avant l'engagement, et si l'on avait cru pouvoir le prendre on n'aurait dû le faire que d'après la méthode dite « des engagements résiliables », préconisée par M. Jude dans la thèse de Vialatte : l'engagement n'est rendu effectif que si au bout de deux mois de service et d'observation le candidat ne présente aucun symptôme de déséquilibre mental.

On nous reprochera, peut-être, d'éliminer ainsi de l'armée des sujets qui auraient pu servir sérieusement et chez lesquels les états seconds n'ont été qu'un épisode pathologique passager au moment de l'enfance ou de la puberté.

Nous répondrons à cela que les hommes refusés à l'engagement arriveront au régiment comme appelés s'ils n'ont pas été refusés au conseil de révision.

Durant les premiers mois de caserne, on pourra apprécier avec toute facilité leur manière de servir, puisque les causes occasionnelles des états seconds que nous avons montré être les préoccupations professionnelles, ont eu déjà tout le temps pour agir sur ces sujets.

b) Quelle conduite tenir avec les hommes incorporés, soit par appel, soit par engagement volontaire, et qui, arrivés au régiment, présentent des états seconds ?

Ceci dépend de la gravité des accidents qui les atteignent : Ainsi un sujet à passé pathologique exempt de tout trouble mental sérieux, à hérédité peu chargée, est susceptible d'amélioration et de guérison : Au... (obs. I), nous en est un exemple, et la suggestion à l'état de veille a fait disparaître toute crise de somnambulisme.

Dans les cas plus graves, un autre traitement est-il possible ? Oui, et c'est la suggestion faite en sommeil hypnotique ; mais la pratique en est interdite dans l'armée française (1890). Cette mesure paraît rationnelle en ce qui concerne l'emploi de l'hypnotisme dans les expertises médico-légales, ou sa pratique par un médecin peu au courant des avantages et des inconvénients de ces manœuvres thérapeutiques indûment exercées.

Mais il nous semble que les psychiatres militaires, dont la création est réclamée depuis si longtemps dans l'armée, à l'exemple de ce qui existe dans la marine, auraient toute la compétence nécessaire pour se livrer à l'hypnotisme thérapeutique.

Mais dans l'état actuel des choses, tant que la suggestion à l'état de veille sera seule autorisée, la réforme s'impose, croyons-nous, pour tous les sujets ayant présenté une période d'état second, et qui, après surveillance spéciale et constante de la part de leurs officiers et de leurs gradés, se livreraient à des fautes multiples dont ils ne sont que partiellement responsables. Or ces sujets sont, nous l'avons vu, la grande majorité.

Quant à ceux qui ont commis des délits en état second, après acquittement et réforme, ils doivent être placés dans un asile pour y recevoir les soins que nécessite leur état.

L'asile-prison, dont divers médecins psychiatres ont depuis longtemps réclamé la création, recevrait enfin ceux qui ont commis des fautes graves, délits ou crimes en période normale, mais dont la responsabilité est atténuée par leur état mental déterminé par la névrose.

Mais pour se prononcer dans ces différentes occurrences avec toutes les qualités scientifiques désirables et toute l'autorité nécessaire pour avoir la confiance du commandement, il faut constituer dans le corps de santé militaire des experts psychiatres.

Ce titre serait donné après un stage d'une durée déterminée dans des cliniques de maladies mentales, non à des étudiants en cours d'étude, dont la tâche est bien plutôt durant leur scolarité de prendre une vue d'ensemble

des connaissances médicales à chaque jour plus étendues, mais à des médecins qui seraient plus mûrs d'esprit et mieux à même d'approfondir tous les délicats problèmes de responsabilité, d'expertise médico-légale, plus ardues peut-être encore en pratique militaire.

CONCLUSIONS

I. — Les états seconds, sans être d'une observation très fréquente dans l'armée, y existent cependant.

II. — Ils sont presque tous d'origine hystérique et se présentent sous les trois types : somnambulisme, automatisme ambulateur, état second avec véritable dédoublement de la personnalité ; le type le plus fréquent étant l'automatisme ambulateur.

III. — Les causes occasionnelles des états seconds sont les conditions nouvelles d'existence que trouve le soldat, et les diverses conséquences professionnelles qui en découlent.

IV. — Les états seconds semblent ne pas exister parmi les officiers et les sous-officiers ; seuls les simples soldats paraissent en présenter, et parmi ces derniers, les engagés volontaires sont en grande majorité.

V. — La valeur militaire de ces soldats est minimée ; ils commettent en général de nombreuses fautes contre la discipline. Leur responsabilité est nulle pour les actes commis en état second, atténuée à un certain degré pour les actes commis en période d'existence normale.

VI. — Dans toutes les expertises médico-légales d'état second, il est de toute importance de discuter le diagnostic de simulation, la question paraît soluble par la considération des états de mémoire en état prime et en état second.

VII. — Le rôle du médecin militaire consiste à protéger l'armée contre ces non valeurs en arrêtant les candidats suspects au moment de l'engagement; et à protéger ces malades contre les rigueurs disciplinaires en montrant leur tare pathologique et en les éliminant des corps de troupe par réforme.

Le Président de la Thèse,

Jean LÉPINE.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 novembre 1912.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.



BIBLIOGRAPHIE

- ANTONY. — Etat sanitaire des armées (Archives de médecine et pharmacie militaires, 1895).
- ANTHEAUME ET MIGNOT. — Les maladies mentales dans l'armée françaises, 1909.
- BENOIT. — Contribution à l'étude des amnésies traumatiques au point de vue médico-légal (thèse de Lyon, 1899).
- BENON. — Alcoolisme chronique et état second (Gazette des Hôpitaux, 12 juillet 1910).
- BINET. — Les altérations de la personnalité (Bibliothèque scientifique internationale, 1891).
- BONNETTE. — L'expertise psychiatrique dans l'armée (Le Caducée, 18 novembre 1905).
- CATRIN. — L'aliénation mentale dans l'armée, Paris 1901.
- CAVASSE. — Les dégénérés dans l'armée coloniale (thèse de Bordeaux, 1903).
- CAZENEUVE. — Engagement volontaire et dégénérescence mentale (thèse de Lyon, 1904-1905).
- CHANTEMESSE. — Communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, juin 1890).
- CHAVIGNY. — Précocité des réactions psychopathiques dans l'armée (Le Caducée, juin 1909).
- Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les conseils de révision et de réforme de l'armée et de la marine (Paris 1906, Baillères).

- CONOR. — L'hystérie dans l'armée (Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1907, p. 364).
- CORDILLET. — Un cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat (Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1908, p. 49).
- DENOMÉ. — Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal (thèse de Lyon, 1893).
- DUPONCHEL. — De l'hystérie dans l'armée (Revue de médecine, 10 juin 1886).
- Etude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation chez les militaires (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet 1888).
- ESCANDE DE MESSIÈRES. — Un cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat (Province médicale, 28 septembre 1907).
- FERRIS. — Responsabilité et justice militaire (thèse de Bordeaux 1896).
- FÉVRIER ET PARISOT. — De l'automatisme ambulatoire; son importance au point de vue médico-légal (Revue médicale de l'Est, 1^{er} janvier 1904).
- FRANCOTTE. — Du somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal (Congrès international d'anthropologie criminelle, 1896).
- GÉHIN. — Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire et du vagabondage impulsif (thèse de Bordeaux, 1893).
- GRANJUX. — Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal (Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, Nantes 1909).
- Prévention des maladies nerveuses ou mentales dans l'armée (Le Caducée, août 1905 p. 215).
- GRASSET. — Les maladies mentales dans l'armée et les fugues en psychiatrie (Encéphale, octobre 1908).
- L'hypnotisme et la suggestion (3^e édition Paris, Doin, 1909).
- Traité de physiopathologie clinique (1912).
- HAURY. — Les fugues dans l'armée (Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, Nantes 1909).

- JANET PIERRE. — L'automatisme psychologique; essais de psychologie expérimentale sur des formes inférieures de l'activité humaine (4^e édition 1903).
Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux (1893).
Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux (1893).
Les névroses.
- JOFFROY ET DUPOUY. — Les Fugues (Paris Alcan, 1909).
- LABADENS. — L'hystérie dans l'armée (Thèse de Montpellier 1887).
- LAURENT. — Les états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience (Thèse de Bordeaux 1892-1893).
- J. LÉPINE. — Hystérie. Insuffisance rénale, rétention chlorurée (Revue de Médecine, 10 septembre 1911).
- PARREAU. — Les dégénérés hystériques (Thèse de Bordeaux 1893).
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme (2 volumes 1891).
- RAYNEAU. — Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal (Rapport au Congrès des aliénistes de langue française, 1909).
- RÉGIS. — L'expertise psychiatrique dans l'armée (Le Caducée, p. 131-159, 1905).
Précis de psychiatrie (Paris 1909, Doin).
- ROUSSEL ET LESNES. — Deux observations d'hystérie chez les soldats. Hystéro-traumatisme. Vagabondage impulsif (Le Caducée, août 1906, p. 203).
- SIMONIN. — Les dégénérés dans l'armée (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1908).
- VIALATTE. — Les maladies mentales dans les armées en campagne (Thèse de Lyon 1911).
- VOISIN. — Communication au Congrès de Bordeaux, 1895.
- VON TOBOLD. — Les maladies mentales dans l'armée allemande (Le Caducée, 1909).

